FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

217

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Solal RABINOVITCH

née le 12 mai 1941 à Briançon (Hautes-Alpes)

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

UN ECRIT QUOTIDIEN A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

LE RAPPORT DE SERVICE

Président : P. Pierre PICHOT, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Solal RABINOVITCH

née le 12 mai 1941 à Briançon (Hautes-Alpes)

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

UN ECRIT QUOTIDIEN A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

LE RAPPORT DE SERVICE

Président : P. Pierre PICHOT, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Gl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales. Beaujon	LORTAT-JACOB (J.
—	BAUMANN (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales Bicêtre	DEPARIS (M.)
Broussais	MILLIEZ (P.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	CONTE (M.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatric sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie . . . . . MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)
Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Pierre PICHOT

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523703_0091

A Melle le Docteur CHAIGNEAU,

dans le service de qui ce travail
a trouvé son objet.

A ceux qui m'en ont rendu possible l'écriture.

"Tout ce qui a un jour existé persiste opiniâtrement. On se demande parfois si les dragons des temps primitifs sont vraiment bien morts".

S.Freud. Analyse terminée et analyse interminable.

"On lui a découpé dans le derrière de la tête un morceau de crâne affectant un segment. Avec le soleil, le monde entier regarde à l'intérieur. Cela le rend nerveux, le distrait de son travail et il se fâche de devoir, lui précisément, être exclu du spectacle".

F.Kafka. Journal.

PLAN

INTRODUCTION

1ère partie : INVENTAIRE DU RAPPORT

I - Contenu évènementiel

- pôle médical
- pôle disciplinaire
- sexe et suicide

II - Contenu intentionnel

2ème partie : ANALYSE DU RAPPORT

- analyse de contenu
  - dégagement du manifeste et du latent
  - essai d'analyse synchronique
  - chronologie des modifications
- articulation avec l'institution
  - instrument d'information ?
  - document administratif ou médical ?

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

C'est en essayant de poser le problème de l'information qu'il nous paraît plus facile d'introduire cette étude.

Le rapport de service, ce grand cahier noir qui encombre les archives, et souvent encore le bureau du médecin-chef, le matin quand il arrive, est en effet généralement considéré, quand on songe à le faire, comme un instrument d'information, plutôt mauvais d'ailleurs. C'est un peu cette question là qui va persister tout au long de ce travail, sans que nous prétendions être à même de la résoudre.

Que cette question de l'information se pose d'abord, est bien l'indice qu'on ne sait par quel bout prendre le rapport, et que le bout par où cela risque d'informer est au moins un bout connu. Et puis c'est utile, l'information, ça tient dans les mains. Plus, en tout cas, que ce cahier noir, ce résidu asilaire, qui encombre la conscience des psychiatres au même titre que les portes sans bec-de-cane, les W.C. au milieu des dortoirs, et dont ils s'empressent de se débarrasser pour pouvoir, enfin, faire de la psychiatrie. Mais il n'est pas si facile de se débarrasser du rapport : on se demande où se ferait alors la "grille", c'est-à-dire la répartition journalière du personnel infirmier en fonction des congés et des repos. Elle emploierait alors d'autres chemins mieux défendus du regard du "patron", ce qui réduirait d'autant les possibilités de son utilisation sur un plan "thérapeutique", plan où la grille des interrelations des infirmiers s'emmêle, presque en connaissance de cause dirons-nous, avec celle des malades. Ce n'est pas, bien sûr, par hasard, que cette grille justement est masquée par le rapporteur, au point que sa lecture en est rendue impossible par quelqu'un qui ne soit pas initié.

C'est d'ailleurs bien un a priori de notre thèse que l'existence du rapport, ou sa persistance, et il ne s'agit pas pour nous de la remettre en question, mais d'essayer de la regarder d'un autre oeil que de celui qui se demanderait "à quoi ça sert".

A reprendre le problème de l'information, dont nous nous sommes un peu écartés, nous avons à dire d'abord que c'est celui de l'information écrite.

Tout ce qui constitue les archives d'un service, dossiers des malades, observations, certificats, et cahiers de rapport, est susceptible d'être utilisable par les générations suivantes. Que cela le soit réellement, est un autre problème. Mais le projet informatif reste indissocié de ce dépôt d'écritures.

Les caractères d'un tel projet sont surtout nets au niveau des observations, ces observations que les médecins-chefs réclament ou ne réclament pas à leurs internes, à leurs infirmières, et qui sont, de toute

façon, un témoin, positif ou négatif, de la présence et de l'activité soignante. Qu'elles soient un témoin découle plutôt d'obscures réactions sentimentales à l'égard des "écrits" que d'un fait scientifique, et nous en voyons pour illustration la définition qu'en donne le dictionnaire : "observer sans modifier", autrement dit sans soigner. C'est le leurre de la fascination par l'observation scientifique qui est ici en cause. C'est aussi ce postulat qu'évoque Michel Foucault dans "Naissance de la Clinique" à propos de la nosographie qui confond signe et symptome, voir et savoir, postulat que "tout le visible est énonçable et qu'il est tout entier visible parce que tout entier énonçable".

Cette idée de la coïncidence du visible et de l'énonçable et, par là même, cette négation d'un non-su quelque part, dans le symptome, ne peut pas continuer à être tenue pour vraie dès lors qu'il s'agit d'un autre instrument d'information, le rapport.

Si le rapport informe, en effet, c'est au niveau, non pas d'un objet unique et cernable, le malade, mais d'un corps multiple, l'institution.

Il est même difficile d'imaginer comment rendre compte, de quelque façon que ce soit, d'un vécu institutionnel. Le mot "vécu" indique qu'il ne s'agit pas seulement de parler du faire, mais du relationnel. C'est bien là tentation du "rapporteur", dont nous verrons les arborescences, que de parler uniquement du faire. En quelle langue serait-il alors possible de parler d'un schizophrène apragmatique, et ne pourrions-nous dire qu'il trouve un moyen commode de s'annuler en tant que personne parlante, que personne tout court.

Toutes ces difficultés à une séméiologie de groupe, Tosquelles les évoquait dans le Bulletin de Saint-Alban, en 61-62.

Un autre problème se pose, qui est celui des informations verbales et pré-verbales, et de leur part réciproque.

Dans une institution, sont éléments d'un discours non seulement les écrits - qui risquent fort d'y être à l'écart -, mais les échanges purement verbaux, et enfin ceux qui ne sont même pas verbaux, et qui n'ont même pas l'air d'être des échanges : rencontres à distance, errements autour d'un point fixe, interjections solitaires, éclats de voix sans partenaire visible.

Tout au long de ce travail, nous nous heurterons sans arrêt au fait que le rapport n'est qu'un complément du contexte institutionnel, contexte verbalisable ou pas, officialisable ou pas, en tous cas non connu de nous, sinon par le biais incertain des souvenirs formulés ou pas d'un an passé dans le service, en tant qu'interne.

Le non-su ici ne cesse d'être appelé, tout dit du rapport n'en est qu'un signe.

De tous ces avatars de la notion d'information, surgit la question de savoir si c'est d'information qu'il s'agit quant au rapport. Le rapport n'entrerait-il pas aussi dans le réseau relationnel de l'institution comme pièce à jouer, monnaie d'échange, image d'Epinal, objet de rebut ?

Il déboucherait alors sur le réel - réel hospitalier qui n'a de pouvoir curateur, dit Daumezon dans Anais de Psiquiatria en 53, qu'en tant qu'il permet l'irréel de l'imaginaire des malades mentaux -, et sur le désir des soignants.

Disons enfin que nous avons étudié les rapports de service de 1958 à 1965 au C.T.R.S. de Ville-Evrard.

Le C.T.R.S. comprend 6 pavillons où sont répartis de 380 à 400 malades hommes. Le personnel infirmier se chiffre a 136 membres. Quant aux médecins, ils comprennent un médecin-chef, deux assistants et 6 internes. Sont présents aussi une psychologue, des assistantes sociales, des secrétaires médicaux, une institutrice. Outre les pavillons, il existe des ateliers d'ergothérapie dans lesquels travaillent des infirmiers détachés ou moniteurs.

De l'origine législative du rapport de service, il faut dire ici ce que nous en avons pu apprendre.

Il n'en est pas fait mention dans la loi de 1838, mais dans les réglements modèles des hôpitaux psychiatriques.

Nous n'avons pu retrouver le "Règlement modèle de 1857". Mais du "Règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques" donné par un arrêté ministériel du 5 février 1938, modifié par les arrêtés du 20 février 1953, du 14 février 1959, et du 13 mars 1962, règlement qui reprend, à peu de choses près, le règlement de 1857, nous avons pu obtenir quelques éléments.

Section IX "Médecins chefs de service", article 78 :

"Le médecin chef de service règle le traitement et a seul qualité pour prescrire les bains et douches de traitement. Il a également seul qualité pour prescrire à titre exceptionnel le placement en chambre d'isolement et l'emploi des moyens de contrainte. Mention de ces dernières mesures sera portée sur un cahier spécial et sur le rapport quotidien du surveillant ou de la surveillante de section."

Section XV "Personnel secondaire et subalterne du service médical". Article 121 :

"Les chefs de quartier...sont chargés...de la rédaction... du carnet des rapports quotidiens relatant toutes les particularités du service dans leur quartier."

Article 122 :

"Les rondes (du service de nuit)...donnent lieu à un rapport quotidien fait au surveillant de section et soumis au visa du médecin chef de service en même temps que les enregistrements des appareils de contrôle."

Article 123 :

"Chaque matin, avant la visite, le surveillant ou la surveillante de section, par un rapport écrit, consigné à la suite de la feuille du mouvement journalier de la population, rend compte au médecin chef de service de tous les faits observés depuis la veille et du fonctionnement de leur service en ce qui concerne les malades et le personnel."

Note :

"Ces rapports, établis sur un volume relié et non sur des feuilles journalières classées par année, sont répertoriées aux archives générales et conservés aux archives des services médicaux".

Article 124 :

"Si, dans un intérêt du sûreté, les chefs de quartiers se trouvent forcés de recourir d'urgence aux moyens de contrainte, ils doivent immédiatement en rendre compte à l'interne du service ou à l'interne de garde en même temps qu'au surveillant ou à la surveillante de section. Ceux-ci...sont tenus...d'en porter mention dans le rapport quotidien."

L'existence du rapport est donc imposée par la règlementation intérieure. Mais le rapport reste un document médical, conservé dans les archives médicales. Seul le médecin-chef - et non l'administration - y a accès. Il peut arriver, à titre exceptionnel, que les services administratifs en demandent lecture, mais le médecin chef est seul juge d'accepter ou non.

Un grand cahier noir est apporté chaque matin dans le bureau du médecin chef. Le surveillant général y a recopié, le plus souvent in extenso, mais il peut lui arriver d'ajouter des lignes de son cru, les rapports rédigés par les surveillants des premières équipes de chaque pavillon. Les surveillants des secondes équipes peuvent apporter leur contribution qui est alors désignée par le terme "supplément 2ème équipe". Contrairement aux rapports des premières équipes, les "suppléments" ne sont pas faits de manière systématique ; ils sont "au goût du jour" ; en fait, c'est à travers eux que peuvent être pointés, peut-être, les remous affectifs de la population soignante. Quant aux rapports des équipes de veille, ils trouvent leur place dans un cahier à part, nous ne les étudierons pas ici.

Le choix des éléments d'information - vocable que nous employons avec réserves - se fait donc à plusieurs niveaux : celui de l'infirmier, celui du surveillant de pavillon, et celui du surveillant général. C'est un évènement, une condition de la vie quotidienne du pavillon, qui est relaté.

A l'autre bout de la chaîne porteuse de message, on trouve les destinataires. Ce sont les "têtes de pont" hiérarchiques : médecin-chef, médecins assistants, parfois même, le long de l'histoire du service, un interne, désigné chaque semaine à cet effet. Ces destinataires ne se contentent pas d'apposer leur signature, ils lisent le rapport, le cochent ou l'annotent à certains endroits. Parfois une véritable correspondance s'établit pendant quelques jours, à propos d'un fait ou d'un autre.

Rédigé par les infirmiers, adressé aux médecins, l'objet du rapport n'est pas seulement les malades, dans une relation de triangle oedipien.

Il concerne aussi la chose administrative, la chose hiérarchique - n'oublions pas que "rapport" peut être le rapport d'un chef de poste, le rapport de patrouille, et nous glissons là vers les acceptions punitives, disciplinaires, du terme -. A travers ce double réseau d'adresses, celle de soignants à d'autres soignants, et celle de subordonnés à leurs chefs hiérarchiques, et reliant l'un à l'autre, a cours le jeu des demandes réciproques, le plus souvent par personnes interposées, autrement dit par malade interposé.

Comment faire part du contenu du rapport ?

Une approche possible serait la mise en parallèle de ce contenu avec celui, concomittant, de la vie du service. Dit-on tout ce qui se passe, qu'est-ce qui fait que certains lieux ne sont jamais mentionnés, certains thèmes jamais abordés, enfin pourquoi touche-t-on d'autant moins aux évènements d'une certaine qualité actuelle qu'ils sont encombrants ? La question de la constitution d'un historique du service se pose ici, qui ferait foi alors de la "validité" des archives écrites, rap-

port, observations...etc. Un tel historique devrait tenir compte autant du texte de ces archives que des lacunes, des silences de ce texte. C'est dire que les informations peuvent émerger au niveau de l'écrit, ou au niveau du parlé, ou encore demeurer infraverbales, et leur émergence même peut revêtir différents masques. De quelle histoire serait-il bien question ?

Nous choisirons plutôt d'étudier le rapport comme un texte tel celui d'un rêve, sans faire de référence directe au contexte de l'institution où il a sa place. Ce discours, si peut être employée ici la terminologie analytique, s'évoque à plusieurs niveaux : au niveau manifeste, les évènements y sont proprement rapportés, ou transposés, au niveau latent, se fait jour l'intentionnalité sous-jacente ou ce qui en tient lieu. - de quoi veut-on parler en réalité quand on dit qu'un malade a de la fièvre ou qu'il a cassé un carreau ? - Au niveau latent, il s'agit d'interpréter. Au niveau manifeste, c'est un inventaire que nous pouvons établir.

Dans cet inventaire, nous allons distinguer d'une part le propos sur les malades, qui est, pour ainsi dire, parole à trois personnes, et d'autre part le discours adressé directement aux médecins, discours fortement imprimé par une demande. Cette distinction est bien sûr artificielle. Dire quelque chose sur un malade est aussi dire sur soi-même. Mais sur le plan du contenu manifeste du rapport, une telle distinction peut servir à isoler l'intention explicite de celle qui l'est moins, et faciliter l'établissement d'un inventaire. Nous appellerons l'un contenu évènementiel, et l'autre contenu intentionnel, nous verrons d'ailleurs par la suite combien ils sont intriqués l'un à l'autre.

De ce "contenu évènementiel", nous allons rassembler des éléments sous deux pôles, le pôle "médical" et le pôle "disciplinaire". Cette opposition apparente à une première lecture du rapport n'est en fait, nous le verrons, que superficielle.

PREMIERE PARTIE :

INVENTAIRE

I - CONTENU EVENEMENTIEL

A - POLE MEDICAL

Nous avons divisé, de façon assez artificielle, les élements d'information en sous-chapitres classés par thèmes.

- Prise de médicaments

Elle peut être vue sous l'angle acceptation-refus par le malade.

Le refus de prendre ses médicaments est un manque à la discipline du pavillon, une transgression à l'ordre établi. Cet ordre n'est pas celui de garder les malades, mais de les soigner. C'est en tout cas sous cette forme que l'allusion aux médicaments revient le plus souvent.

Refuser de se soigner, comme refuser de se nourrir, constitue un scandale. On trouve ici une équivalence entre les aliments et les médicaments :

"X. a refusé de s'alimenter mais a pris ses médicaments."

A la limite l'absorption des uns peut se substituer confortablement à l'absorption des autres.

Le plus souvent il s'agit du refus des soins sans que soit pointée leur valeur corporelle d'assimilation :

"X. très agité a refusé de prendre ses médicaments et les a jetés dans la pièce."

S'il n'y a pas assimilation réelle, le geste évoque irrésistiblement l'exonération. Le refus du traitement prescrit met en cause alors le pouvoir soignant des infirmiers qui, relatant la chose, mettent en cause à leur tour celui des médecins. Défi jeté par le malade "essayez donc de me soigner" à quoi répond dans la bouche de l'infirmier le "essayez donc un peu d'être médecin". Cette contestation en miroir déguise un appel à l'autorité médicale, d'autant plus présente que faillible, que mise en échec. Appel qui se fait parfois tout à fait explicite :

"X. refuse de continuer sa cure de sommeil. M.J. (assistant) doit voir le Dr C. (médecin-chef). Attendre les instructions."

Appel, contestation, ou conseil thérapeutique :

"X. a 750 gouttes de largactil. Il serait peut-être bon de lui donner un peu plus d'heptamyl. Il en a 2 actuellement."

"Le malade A. ne prend pas son largactil, il s'arrange pour le dissiper. Aux remarques des infirmiers, il répond avec arrogance et incorrection. Les infirmiers désireraient voir son interne à son sujet."

Ce sont les différentes formes d'un même recours à une toute-puissance mythique. Ici, dans les derniers exemples, la scotomisation patente de l'interme permet de mettre sur la table du médecin-chef un problème qui, habituellement, se règle au niveau du pavillon. Ce qui est en cause est bien autre chose qu'un comprimé d'heptamyl, ce sont les rapports malades-infirmiers ("arrogance, incorrection"), et infirmiers-internes (absence de l'interne).

Si l'acte thérapeutique est entériné au lieu d'être contesté, il s'agit encore des relations de l'interne et du surveillant du pavillon. On note une amélioration après un changement de traitement, ou bien on insiste sur l'apparition d'un syndrome neuroleptique. On donne des conseils aux internes, peut-être seront-ils mieux entendus si le cahier de rapport les transporte.

Parfois on constate tout simplement et uniment que les soins ont été donnés :

"X. a eu les soins prescrits."

Il en est ainsi de certains entretiens psychothérapiques. Pourquoi ce constat ? sinon, souvent, pour venir à la place d'un évènement d'une certaine importance sur lequel on garde le silence.

Ainsi en est-il du changement annuel d'internes, trop connu de tout le monde dans le service pour être évoqué par le rapport, sinon par des remarques adjacentes :

"Le 3ème a reçu la visite de M.X., nouvel interne du pavillon."

Ou "Au 4ème les malades X. et Y. ont été vus par un nouveau médecin."

Enfin pourquoi ne pas dire que le traitement peut être quelque chose d'aussi fou que la folie elle-même :

"Un malade ayant demande que le "traitement de Noël" lui soit fait aura 4 injections de dolosal."

Ces quelques notations permettent de mettre l'accent sur plusieurs des significations du médicament.

Objet dont la fonction est de soigner, mais objet voyageur aussi, qui parcourt la chaîne malade-infirmier-médecin, qui peut être renvoyé d'un bout à l'autre de cette chaîne.

Il peut être, comme le médecin, équivalent de la camisole : "si tu t'agites, tu as une piqûre ; si tu t'agites on appelle l'interne."

Par voie parentérale, il peut faire le jeu de manipulations érotico-sadiques. Par voie buccale, il est nourricier, c'est l'halopéridol dans le café au lait.

Mode d'approche du corps du malade, il permet tous les glissements de sens.

- Prise d'alimentation

Nous l'avons mise en parallèle plus haut avec la prise de médicaments. Moins ambigu que le médicament, l'aliment est, de manière indifférenciée, matière à don. Ils sont d'ailleurs confondus dans la cure d'insuline au niveau du resucrage.

Dans un pavillon où sont évoquées plusieurs cures d'insuline, on constate, par ailleurs, de façon répétitive, que

"tous les malades ont bien mangé."

C'est effectivement soit de manière répétitive, dans un même pavillon et dans les mêmes termes, qu'est abordée l'alimentation, soit de manière sporadique et incongrue :

"un tel a bien mangé"
"un tel n'a pas mangé."

"Bonne mère", l'infirmier fait remarquer qu'il donne bien à manger. Il peut se faire aussi le complice de la revendication des malades à ce propos :

"Nous avons refusé le fromage, devant les malades, il était infect."

La nuance complice peut être absente, et il est simplement fait état de la revendication alimentaire, quoiqu'en insistant sur son côté agressif. Le mot de "révolte" y est employé. Les répercussions, du reste assez mystérieuses, sont notées :

"Le hachis a été refusé et un malade qui travaillait à la cuisine a été mis à pied."

Cette notion de révolte se retrouve ailleurs. Matière à don autant que matière à révolte. Les alcooliques font la grève de la faim au 3ème pavillon, signifiant par là que si on leur ôte le boire, ils en perdent le manger. Le personnel soignant se voit visé, à juste raison, le vin est l'objet avalable le mieux tabou et le mieux transgressé. A ce tabou réaffirmé par les soignants, les malades répondent en transgressant un autre

tabou, la nourriture : Ainsi ce dernier exemple :

"Le malade B. que nous avions réussi à faire manger un peu au dîner, s'est fait vomir volontairement."

L'on sait la prévalence accordée à l'alimentation à l'hôpital psychiatrique, au point que les médecins y possèdent des "avantages en nature", part de leur salaire, c'est-à-dire en particulier qu'ils sont nourris. Bonne ou mauvaise mère, qu'on aime ou qu'on agresse, l'hôpital ne cesse pas d'être une mère.

- Etat physique

Les renseignements concernant l'état physique des malades ne sont pas donnés par le rapport systématiquement. J'ai pu voir, dans d'autres services, fournir chaque matin la liste des températures, qu'elles soient anormales ou pas. Cette liste n'a d'autre intérêt que celui de révéler que l'incohérence la plus mystérieuse préside au choix des malades dont on fournit si soigneusement au médecin-chef la température matinale.

Ici ces renseignements apparaissent de façon sporadique et apparemment tout à fait immotivée. On signale un jour que tel malade a de la fièvre.

Ou bien, durant certaines périodes, on s'intéresse particulièrement à l'évolution somatique des malades. Dorment-ils, ne dorment-ils pas, ont-ils encore de la fièvre...

Cette vocation proprement médicale de l'inquiétude sur le corps du malade peut devenir vocation hygiéniste.

"X. est couvert de poux du corps, lentes, poux du pubis. Il serait souhaitable qu'un désinfection générale du service soit faite."

Nous voyons se dessiner le double versant de ces préoccupations corporelles. L'un, c'est la maladie, non pas la maladie mentale mais la maladie qui peut tuer, l'autre, c'est peut-être, à travers les demandes de nettoyage, désinfection générale, la maîtrise de l'inquiétude de la mort.

C'est le "balayez-moi tout çà", qui rassure devant la possibilité de la mort physique des malades. Qui rassure aussi devant cette maladie de l'esprit, qu'on tâche d'oublier un peu en mettant en avant sur la scène du rapport les courbes de température, sans doute parce qu'elle est bien autrement menaçante.

- Ergothérapie

Il n'en est pas question très couramment. L'ergothérapie semble

faire partie de la panoplie soignante : un "bon malade", "bon" c'est-à-dire qui veut bien utiliser cette panoplie, prend ses médicaments et va travailler. Le travail se prescrit comme le largactil, on pourrait dire s'ordonne. Et c'est du côté du manque à la règle que celle-ci se parle.

"G. doit, l'après-midi, aller travailler à la menuiserie ; mais en fait il va se promener. Par ailleurs est très insolent avec les infirmiers. Je l'ai sermonné ce soir et lui ai dit que je ne lui ouvrirai plus la porte s'il ne va pas travailler. Il serait bon de voir le moniteur. G. affirme que c'est Mr L. qui l'a autorisé à aller dans le parc l'après-midi."

Ces remarques débouchent sur l'évocation des relations possibles entre plusieurs personnes s'occupant d'un même malade. Ces relations apparaissent sous deux aspects :

- l'un est un aspect de surveillance. Il faut pouvoir, à la limite, surveiller le malade à chaque moment de la journée. Lorsque ce n'est pas au pavillon, c'est alors l'affaire des moniteurs aux ateliers. A chacun sa responsabilité.

C'est ainsi qu'on évoque les ateliers à propos d'un malade qui s'y blesse ou s'y pend, et seulement à ce propos. Souci de départager les responsabilités, souci, également, de dénoncer l'atelier comme un lieu dangereux.

Ce qu'on pourrait formuler comme un "à chacun son malade" n'en reste pas là. Morcellement de la personne du malade déchirée entre l'infirmier et le moniteur, le pavillon et l'atelier, mais aussi indication d'une tentative de réassemblage des informations, sur une même table, où est déposé chaque matin le rapport. Et l'accès commun au savoir de chacun sur les malades est rendu possible.

Quelque part on peut parler à plusieurs d'un même malade. Dès lors il est possible de dire "X. ne va plus aux activités." sans faire acte de vigie, mais comme on pointe un symptome.

- Activités diverses

Ces activités collectives, telles que réunions de pavillon, promenades, séances de cinéma, sont abordées soit avec la plus grande neutralité, soit avec une réticence certaine.

Il arrive qu'on dise simplement : "la visite à Versailles, ou la fête, ou la kermesse, s'est très bien passée." Autrement dit, il n'y a pas eu d'incident.

C'est lorsqu'il y a un incident que l'on parle plus longuement des activités. Et tout d'abord le refus des malades d'y participer, de même que

le refus de prendre des médicaments ou de la nourriture, rend un son de scandale.

"X. et Y. ont refusé de participer à la sortie du musée du Louvre."

Parfois ces refus sont commentés peu ou prou :

"X. n'a pas voulu assister à la réunion du pavillon. Il a profité d'un instant où la porte était ouverte pour s'éclipser."

"Un tel n'a pas voulu aller à la séance d'accueil. Il est difficile de lui faire entendre quelque chose."

Parfois c'est l'occasion de faire remarquer un comportement du malade dont on parle :

"X. depuis un mois environ ne participe plus aux activités du service. Ce malade sème la terreur dans les dortoirs et les autres malades en ont peur."

Ou une interprétation clinique :

"... régression chez X et Z qui ne participent plus à aucune activité."

Enfin, ces activités du service présentées au niveau du rapport comme règle de service, - et celui qui y échappe est celui par qui "le scandale arrive"-, peuvent être aussi le support de conduites désagréables pour les infirmiers.

On note une réaction d'excitation chez quelques malades après la projection d'un film, et on ajoute que le thème du film pourrait bien en être la cause :

"A la fin de la séance de cinéma divers incidents se sont produits. Le film ("Les intrigants") semble être la cause de l'excitation remarquée chez divers malades."

On insiste sur les revendications d'un malade qui vient d'être élu délégué du pavillon.

On signale une réunion de moniteurs, au cours de laquelle s'est résolu un malentendu à propos d'un malade que ceux-ci croyaient au lit alors qu'il était allé boire un pot au village voisin, ou une réunion de pavillon qui a été "houleuse" car le problème des éthyliques y a été soulevé.

On parle de la fête de Noël pour en dire qu'un malade a mis le feu à l'arbre et qu'alors on en a enlevé toutes les décorations.

On évoque le camping pour dresser une liste des participants ou pour faire remarquer qu'au retour un malade s'est battu.

Les activités sont donc prétexte pour parler des malades mais à l'inverse, c'est sous le couvert de la relation d'incidents désagréables pour tout le monde qu'on parle de ces activités.

Ici déjà se trouve ce qui fera la matière du chapitre intitulé "pôle disciplinaire".

- Visites des malades

Elles ne sont pas notées systématiquement, seulement lorsqu'elles permettent de faire connaître certaines choses sur le malade ou sa famille.

Il peut s'agir de remarques cliniques :

"La famille de X. dit que l'état de son malade n'était pas satisfaisant ... Cette femme est autoritaire et son attitude n'est certainement pas indifférente à la rechute de X."

On note une réaction dépressive après une visite.

Ou, de manière assez étrange, le rapport sert à transmettre la demande d'une famille de voir l'interne. On s'étend alors sur les raisons de cette demande : plaintes du malade, temps de séjour.

- Relations des malades entre eux

Il en est très peu fait mention.

Il arrive qu'on remarque que "un tel et un tel sont souvent ensemble" ou que "X. est triste du départ de Y."

Ou l'on constate la mauvaise influence d'un malade sur un autre.

La pauvreté du chapitre pourrait indiquer soit qu'on ne voit pas ce qui se passe entre les malades, qu'on n'en est pas à l'écoute, soit que le rapport n'est pas le lieu où vienne au jour une telle réalité, et qu'elle se contente d'être parlée ou infaverbale sans être maîtrisée par l'écriture.

- Observations cliniques

Observations sur l'état des malades, elles sont souvent là pour révéler un sujet d'inquiétude.

Soit qu'il s'agisse de notations sur une évolution : on parle d'"un malade qui devient mutique, ou halluciné, ou simplement qui va plus mal". On parle d'une rechute, ou d'un brusque changement de

comportement.

Soit qu'il s'agisse d'observations chronologiquement isolées :

"Le malade X. ayant été au bar prétend ensuite qu'on lui a servi une boisson empoisonnée, ceci par ordre de sa mère et afin qu'il ne puisse pas avoir d'enfants. Dit être constipé. Il paraît surtout être très anxieux."

"X. délirant et très anxieux actuellement, tout le monde lui en veut, même sa femme et ses enfants ne peuvent plus le voir, il ne pourra plus travailler car tous les patrons et tous les ouvriers sont contre lui et il a été condamné à mort. Semble chercher une solution pour pouvoir se dérober à ses ennemis, ce qui l'amène à penser au suicide ou alors à partir à l'aventure dans un pays où il ne sera plus connu de personne. Ce soir au cours d'un entretien il m'a demandé si les gens qui prennent du gardénal à forte dose souffraient avant de mourir. DEpuis quelques jours s'alimente peu et ne va plus aux ateliers ; dit que ses camarades en ont assez de lui et lui font comprendre qu'il est indésirable.

"X. est vu régulièrement par Mme Y. qui lui fait en ce moment une série de narco-analyses."

Certes chronologiquement isolées, mais de telles observations permettent aux infirmiers, à partir de la relation d'un évènement ou d'un propos qui les a particulièrement frappés, d'évoquer alors l'histoire récente du malade, dont il n'avait pas été question auparavant dans le rapport, et de la faire connaître . Ils s'avisent, en même temps, de certaines explications ou interprétations possibles :

"Il est facile de voir que ce malade, qui doit partîr le 3 novembre, fait tout ce qu'il peut pour rester ici."

Cela n'implique pas qu'ils n'aient pas déjà évoqué une telle interprétation entre eux, au niveau des réunions de soignants par exemple, ou en bavardant à bâtons rompus à l'heure du repas. Mais que cette interprétation surgisse au niveau du rapport, est ce qui nous intéresse ici.

La présence de ces observations témoigne de la réceptivité du rapport, lieu où il est possible, ou devenu possible, de parler des malades sans arrière-goût d'amertume. On peut rapporter des propos :

"Un tel est revenu parce que..."
"La famille de X. raconte que..."
"Un tel a raconté que chez lui ..."

sans les mettre sur le compte de relations plus ou moins distordues au niveau des soignants, mais en les prenant simplement pour ce qu'ils sont : une disponibilité à s'exprimer.

Nous voyons que le rapport peut donner lieu à émergence à des informations proprement "médicales". Fait-il alors double emploi avec les dossiers des malades, autre mode de rassemblement d'éléments de savoir ?

Il est certain tout d'abord qu'il n'y a pas redoublement, que ce qui est dit sur le rapport ne l'est pas sur le dossier.

Par ailleurs, rapport et dossier n'ont pas une fonction semblable. Le dossier reste au pavillon, c'est là qu'il est lu par l'équipe. Les équipes se succèdent et utilisent le même dossier. Par contre, le rapport est plus mobilisable : il est lu par les éléments du collectif soignant qui n'ont pas de spécificité territoriale telle que le pavillon, - il faut cependant dire qu'ils ont, à défaut de celle-là, une spécificité hiérarchique, et pas la moindre -, et lu tout de suite. Il peut donc être utilisé dans l'instant, dans le quotidien, beaucoup plus que le dossier. C'est exceptionnel qu'il soit lu à plusieurs générations d'intervalle.

Mais la comparaison entre rapport et dossier s'arrête là, à l'endroit du savoir médical, dont ils peuvent, au gré des circonstances ou d'autre chose, se faire l'un ou l'autre le porteur. Telle n'est pas en effet la destination du rapport, et si elle peut apparaître toutefois sous ce jour, c'est que les objets transporteurs sont à destination interchangeable, comme les membres du collectif sont à rôle interchangeable, et cela doit pouvoir signifier quelque chose.

La destination du rapport, en tant que posée par ce qu'il représente au niveau du statut des choses et des gens dans une institution, est beaucoup plus de l'ordre de ce qu'on pourrait appeler la parole hiérarchique. C'est ce que va recouvrir le prochain chapitre intitulé "pôle disciplinaire".

Aussi bien, cette distinction de chapitres est assez formelle, leur contenu pouvant largement interférer, comme nous l'avons souvent vu ci-dessus. Nous verrons, de la même façon, dans le prochain chapitre, apparaître des observations particulièrement riches, et que seule leur place, indiquée par l'intentionnalité de type "disciplinaire" qui y est clairement exprimée, nous a incité à classer dans ce chapitre, à leur place.

B - POLE DISCIPLINAIRE

Les sous-chapitres que nous allons rassembler sous ce thème comportent tous, plus ou moins, une partie où les médecins sont ouvertement mis en cause, et qui de ce fait, relève plus du second chapitre ("contenu intentionnel"). Mais il n'est pas possible de morceler à ce point le texte du rapport et il est pratiquement inévitable de répéter les choses, quelque soit le quotidien à quoi on ait à faire.

- Fugues

Elles sont signalées assez sèchement la plupart du temps, pêle-mêle avec les autres incidents désagréables, cuites, bagarres, comme monnaire courante.

En période de Noël : "certains malades s'évadent pour aller coucher dans le foin."

"d'autres en nouant des draps de lit."

Ici le caractère tant soit peu spectaculaire motive ces remarques.

On s'attarde plus longuement sur ce qui n'est pas une fugue, mais un retour tardif au pavillon, ou plus généralement, toute absence inusitée du pavillon, ou qui paraît telle.

Ainsi on signale le retour tardif de 3 malades un jour. Il s'avère à ce propos que c'est là fait journalier, mais jusqu'ici régulièrement omis au rapport.

De même on évoque une fois l'absence d'un malade, qui n'est pas exceptionnelle :

"A. de nouveau absent au coucher. Ce malade ne tient aucun compte des observations qui lui sont jointes et tendant à le convaincre combien son attitude risque de porter préjudice à l'ensemble du service."

On note : "certains malades se sont habillés avec leurs effets personnels et sont sortis en ville. L'interne les a fait passer au 4."

Le 4ème est le seul pavillon fermé du service, un passage au 4 implique donc mesure prise vis-à-vis de ces malades, mesure de contrôle ou mesure punitive selon les interprétations. Le thème des changements de pavillon est d'ailleurs fréquemment abordé, nous le verrons plus loin.

La même idée - contrôle, punition - apparaît ici :

"Une ronde a été effectuée vers 16 h. par des infirmiers du service. Ils ont trouvé 13 malades au bord du canal. Il est à noter que le canal est assez plein et les malades qui vont sur le bord du canal sont obligés d'effectuer une certaine acrobatie, ce qui pourrait provoquer un accident fâcheux."

L'ambiguité reste entière. Contrôle, ce peut être une prise en charge souple, une non-perte de vue dans la mesure où perte de vue signifierait abandon, et peut-être survenue de ces "accidents fâcheux" ; mais ce peut être aussi le contrôle étroit de ses "hommes" : le terme de "ronde" n'y est pas employé par hasard. La crainte de l'accident fâcheux

vient là, encore que peut-être à juste raison, comme pour justifier la pratique de cette ronde, plutôt inhabituelle, et pour dégager les responsabilités de ses auteurs (c'est le "je vous avais averti").

Dans le même sens, cette autre observation :

"D'après les renseignements fournis par d'autres malades, R. sort tous les jours en dehors des limites de l'établissement avec son accordéon, il offre aux campeurs et pêcheurs un récital et ensuite fait la quête, ce qui lui permet d'avoir un peu d'argent pour aller au café. C'est ainsi qu'hier il aurait récolté 850 frs. Le malade qui est presque aveugle risque à son retour par les bords du canal de s'accidenter surtout le jour où il sera en état d'ébriété."

Là encore l'inquiétude est parfaitement légitime, mais il semble qu'elle recouvre autre chose : la question de l'alcoolisme, celle de l'évasion, tous faits mettant en échec le contrôle infirmier.

L'évocation des dires de malades à l'appui d'un récit, n'est pas non plus sans signifier quelque chose. Il arrive par exemple, que, "sur les dires d'un malade", un autre malade soit signalé comme s'étant évadé, et qu'il soit tranquillement retrouvé quelques minutes après.

Cette intervention immédiate des malades dans un récit des infirmiers, rappelle celle des médecins au niveau d'un récit analogue, mais d'une façon différente. C'est devant un médecin que l'évasion apparaît la plus gênante et mettant le plus en cause la responsabilité de l'infirmier :

un malade qu'on ne trouve pas pour le présenter à un médecin est "signalé évadé" ; quelques temps après, il faut signaler son retour, il était seulement dans le parc.

Ou : "à 14 h, nous cherchions X. et Z. pour les présenter aux Drs L. et B., mais malgré nos recherches ils sont introuvables."

Et encore : "vers 17 h.15, le Dr F. demandant à voir M.X. nous nous sommes aperçus de l'absence de ce dernier. Quelques instants avant, il avait demander à se lever pour aller voir son médecin, l'infirmier lui faisant confiance le laissa partir seul."

Si l'infirmier se sent en faute lorsqu'il n'est pas à même de fournir au médecin le malade que celui-ci demande, il ne manque pas de mettre le médecin en tiers dans l'abus de confiance qui est en question : c'est en prétendant voir son médecin que le malade fausse compagnie à l'infirmier. A la limite, c'est "X. a sauté le grillage dans la matinée, il voulait voir l'interne."

Les responsabilités sont ainsi remises à leur place.

- Vols et détériorations d'objets

Sujet à première vue parfaitement disciplinaire. Dans toute la collectivité de tels actes sont interdits. Encore cette même interdiction, portée dans une collectivité psychiatrique, fait-elle alors problème.

Les vols sont signalés, semble-t-il de façon systématique, l'infirmier considérant que sa responsabilité y est à engager, ou à dégager.

Parfois le vol paraît grave - pourquoi, on ne le sait pas - et on s'épand un peu plus en détails :

"B. s'est plaint de la disparition d'une boîte à prise contenant de l'argent et qu'on lui aurait soustraite alors qu'il faisait la vaisselle. Une fouille des malades connus se livrant à de tels gestes à été faite mais sans résultats."

On sait toujours qui soupçonner, quelle que soit la réalité des faits, y en a-t-il une d'ailleurs.

On note que : "plusieurs malades se sont plaints de la disparition d'objets divers."

Dans la même veine, où l'argent fait question, ce n'est pas seulement l'argent volé, mais l'argent joué :

"Malgré plusieurs observations certains malades continuent à jouer aux dés pour de l'argent."

Le troc est relevé également comme manque à l'ordre. Mais il ne s'agit pas que d'une désobéissance - désobéissance à quel ordre, un ordre probablement jamais formulé, et qui ne surgit qu'au moment où il est enfreint ; et ce serait alors là où l'ordre a manqué que la désobéissance devient possible -. Le troc , c'est avant tout un échange, échange de biens, archaïque sans doute, mais fondateur.

Et cet échange ne semble, au travers de ce que fait apparaître le rapport, pouvoir être accompli que dans l'illégalité. C'est d'ailleurs à propos de l'encombrement du service - l'une des sept plaies -, qu'il est parlé du troc : c'est crier que l'encombrement, subi de tous, favorise l'éclosion d'incidents désagréables de ce genre. C'est de l'encombrement dont on parle.

Quant aux bris d'objets, ils entrent le plus souvent dans ce qu'on peut appeler "la catégorie des agitations" que nous verrons plus loin. Ils sont parfois signalés de façon isolée.

On est parfois plus prolixe :

"Les installations de chauffage dans les cellules ont été détériorées par les malades qui y ont séjourné depuis que l'installation a été faite. Aucune précaution n'a été prise pour éviter cette détérioration. Il est heureux qu'aucun accident grave ne se soit produit."

Beaucoup de choses sont en question dans cette observation : l'existence des cellules, leur utilisation, l'avertissement à propos de l'accident grave qui est un "à bon entendeur salut". Le matériel administratif et sa détérioration, n'est qu'un support à tous les fantasmes qu'on se permet.

- Alcoolisme

C'est ce que le rapport désigne couramment comme les "cuites". Il y a les cuites sans problème, ou cela veut peut-être dire qu'il y en a justement un, de problème, celui masqué et appelé à la fois par le quotidien de la chose. Il y a les cuites qu'on raconte avec complaisance, un peu comme un haut fait. Il y a celles qu'on punit le coeur léger, et celles qui semblent là pour qu'on puisse, enfin, dire ce qu'on a sur le coeur.

On signale les malades trouvés en état d'ivresse. C'est la routine. On ne commente pas. Les faits sont éloquents. Le terme même de routine, qui se lit tout naturellement entre les lignes, dénonce le scandale. Peut-être ne saurait-on s'en passer. L'objet du scandale est échangeable contre un autre - cuites, bagarres...- pourvu que le scandale reste.

Routine certes, mais rien de systématique. C'est plutôt par périodes. Il arrive que pendant plusieurs mois on en parle chaque jour, dans un pavillon ou un autre. C'est bien qu'il y a quelque chose à dire, et qui ne peut passer que par ce canal. Un exemple : pendant un temps, certains des médecins du service organisèrent un groupe d'alcooliques ; de ce groupe, il ne fut pas question une seule fois dans le rapport, mais on n'y vit pas un seul incident se rapportant de près ou de loin aux alcooliques.

C'est bien souvent sous cette forme qu'apparaît la "chose" alcoolique. On dit "les alcooliques", c'est une catégorie, peut-être même la seule ; on ne dit jamais "les schizophrènes". En cela elle fait problème.

On peut s'étendre sur le côté pittoresque de l'histoire :

"ramené au pavillon par deux infirmiers qui étaient allés le chercher à l'entrée de N., près du café "Le petit coq", où il était affalé et en complet état d'ivresse."

ou en tirer des conclusions : "Le malade X. est rentré à 17 h.30 en état d'ébriété. Il nous avoué avoir bu une chope de vin rouge, mais

ne savait plus où. Aujourd'hui j'ai le cafard, L. s'est jeté dans le canal, c'était mon ami, on travaillait ensemble à la terrasse, il était dans le même cas que moi et je finirai comme lui car je n'ai pas peur de mourir.
"X. a été couché au dortoir d'alitement afin de pouvoir effectuer une surveillance constante pendant et après son ivresse."

Ici pointent les préoccupations disciplinaires ; le mot "avouer" les concentre. Le reste, qui certes constitue le plus important, vient de surcroit : relations avec un autre malade, suicide. Ces thèmes ne viennent pas facilement sous la plume du surveillant. Il faut bien qu'il y ait un prétexte, et ce prétexte, ce manteau, c'est la chope de vin rouge. La "surveillance" prend ici son sens : terme appliqué aux alcooliques - il faut les surveiller pour les empêcher de boire - il s'applique aussi à celui dont on a peur qu'il mette fin à ses jours comme son ami, d'où les mots : "pendant et après son ivresse."

Réduire ce genre d'incidents à de simples écarts de discipline est une visée fréquente. On punit qui s'est sâoûlé.

La punition - traitement, isolement, changement de pavillon... etc - apparaît comme ce qui seul peut indiquer que quelque chose s'est passé entre un malade et les infirmiers. Il n'est plus nécessaire de raconter les tenants et les aboutissements de l'épisode ébrieux ; dire qu'on a puni suffit. C'est montrer, démontrer, aux médecins ce qui se passe là où ils vivent et ce qu'ils y laissent s'y passer.

"La direction avise d'aller chercher X. lequel était en état d'ivresse et avait fait du scandale chez lui. X. avait eu une première permission du 27.9 au 25.10. Celle-ci avait été prolongée jusqu'au 8.11."

Le recours, ici formulé, à l'instance administrative, souligne la place du défaut de l'instance médicale, que rappellent encore les précisions supplémentaires quand au statut de permissionnaire. Les médecins mettent X. en permission, l'y laissent - en la prolongeant - et c'est la direction qui vient faire un rappel à l'ordre. Le scandale est bien une façon d'appeler la mise en jeu de ce processus.

Cela pourrait se dire ainsi "vous nous mettez en état de devoir reprendre X. de force" ou "vous nous mettez en état de devoir punir X.. Scandale et ivresse arrivent à point pour justifier cette mise en cause.

Nous pourrions dire que la punition est métonymie de l'épisode éthylique, et ainsi elle évite d'en parler, mais ce faisant elle se dénonce elle-même comme processus d'évitement à l'intérieur du réseau relationnel du corps soignant.

Qu'il se manifeste routine, historiette savoureuse, ou écart de discipline, l'incident alcoolique est là pour parler au médecin. Parfois la chose est patente.

Ainsi un matin on trouve mention d'un malade :

"Un tel, continuation de sa petite cuite, assez goguenard..."

Or il n'avait jamais été question auparavant de ce malade, petite cuite ou pas. On découvre, en même temps, son existence, c'est-à-dire son nom au rapport, et son comportement de transgression quotidienne. C'est du moins ce que veut faire entendre le qualificatif de "goguenard". Mais il est permis de supposer qu'avant d'être "mis au rapport", le malade ne narguait rien du tout, et que ce n'est que lorsque son illicité quotidienne est reconnue comme telle - et le rapport y pourvoit-qu' alors il nargue bien quelque chose. Ce quelque chose a rapport - nous employons à dessein ce terme, malgré la répétition, ou plutôt pour elle- avec la loi médicale, ou que les infirmiers supposent comme étant telle, ce qui revient au même. Pour parler complicité ou identification, nous pouvons ajouter que le "goguenard" est aussi celui des infirmiers devant les médecins.

C'est l'ironie qui semble un mode d'abord fréquent de ce problème. Sous son couvert on profère des avertissements :

"On ne fait rien pour un alcoolique alors les autres vont être entraînés dans ce circuit, pour l'exemple..."

Prédiction de catastrophe. Si "on" ne fait rien pour les arrêter, elles vont tomber en pluie. Cela peut aussi se dire ainsi : si vous ne faites rien pour nous en empêcher, des catastrophes vont survenir. On va les laisser survenir. Ce "laisser faire", infirmiers et médecins se le renvoient l'un à l'autre.

Mais ce laisser-faire est surtout celui qu'on prête aux médecins :

"il serait souhaitable que ces parties de rigolade cessent quelque peu."

"est-il nécessaire de demander qu'une mesure soit prise dans le cas d'une association d'alcooliques dans l'enceinte du pavillon ?"

Ou bien on découvre un litre de vin et on note au rapport :

" a été déposé sur le bureau de l'interne : vin servi chambré."

L'ironie, outre qu'elle fait passer une certaine forme d'agressivité, démasque aussi l'ambivalence de l'infirmier à l'égard de l'alcoolique, objet de réprobation comme objet d'identification.

L'anecdote "disciplinaire" survient donc sur la scène que délimite et traduit le rapport. Nous pourrions dire qu'elle est un moment de

rencontre, qu'à travers elle soignants et soignés s'y affrontent, et peut-être de façon d'autant plus privilégiée que c'est aussi le lieu où la règle, l'instance administrative, a le plus à faire. Elle est là pour en dire beaucoup plus long qu'elle ne le paraît.

Ceci sera encore plus net dans les lignes qui vont suivre.

- Agitations

Le plus souvent les épisodes d'agitation dont il est fait part se résument à un rapide échange de coups de poing ou de menaces verbales. Mais ils peuvent également donner matière à une plus ample transposition du vécu quotidien.

Agressivité verbale et agressivité gestuelle, en sont la mesure. Tous les jours, on note au rapport des bagarres, des agressions, des coups reçus par des malades ou des infirmiers. Cependant un ton particulier caractérise la mention des menaces verbales, des injures : moins éprouvantes qu'une agression physique, il semble qu'elles mettent pourtant quelque chose à l'épreuve chez les infirmiers.

C'est ainsi qu'on évoque l'insolence de certains malades. Cette insolence touche à fleur de peau, elle met en péril non pas un statut hypothétique et impersonnel, serait-ce celui de représentant de la loi, la loi des soignants par exemple, mais bien la personne même, la personne sensible des infirmiers, leur filiation, leurs géniteurs, leurs facultés individuelles. Ainsi cet incident est monté en épingle au cours duquel les malades les ont traité de "lascars". Il est certain que - ce mot étant d'ailleurs peut-être à la place d'autres mots d'implication plus proche - un coup de poing serait reçu de façon plus anonyme.

Plus souvent ce genre de profération n'est que l'un des signes d'un moment d'agitation :

"X. a menacé de jeter les boules de jeu sur le personnel. A été couché."

En voici deux autres exemples assez semblables (nous pouvons préciser qu'ils ont été pris à 4 ans d'intervalle) :

"le malade X. très agité a ce soir refusé de prendre ses médicaments qu'il a lancés à travers la salle. Monte sur les tables. Menaces envers le personnel. A eu son largactil en injection + une injection de phenergan."

"X. a proféré des menaces à l'égard des infirmiers et a jeté son bol dans leur direction. Nous l'avons couché avec 2 ampoules de largactil et avons appelé l'interne de garde."

Le scénario en est parallèle, il y a dans les deux cas projection d'objet - médicament, bol, menace - vers les infirmiers et réponse

immédiate, riposte, de leur part, par des injections. Par analogie avec les éléments d'agression avec lesquels elle avoisine, la menace est à la fois le mauvais objet qu'on jette vers l'infirmier, et l'objet, donné par lui, qu'on restitue et rejette tout ensemble, le rendant ainsi mauvais pour l'agressé qui se découvre alors agresseur.

Nous devons rappeler qu'il s'agit ici d'un service d'hommes. Il se peut que l'importance relative accordée à l'agression verbale par rapport à celle physique, n'est pas identique dans un service de femmes.

Les agressions physiques sont de loin plus fréquentes. Et c'est même ce caractère de fréquence qui touche au scandale : la lecture du rapport par quelqu'un qui ne serait pas "averti" donne l'impression que les gens y passent leur temps à en venir aux mains. Ce sont là évènements qu'on raconte préférentiellement au médecin-chef, matériel d'élection, et d'autant plus que leurs conséquences concrètes éventuelles prêtent à l'administratif un droit de regard à l'intérieur du psychiatrique. Surtout d'ailleurs lorsque les acteurs en sont les soignants et les soignés.

Parfois les acteurs de ces "passages à l'acte" sont les soignés. Les soignants interviennent ou n'interviennent pas, ils "maîtrisent", "calment", "couchent", ou se contentent de prendre note - à l'intention du médecin-chef - ce qui est une autre sorte d'intervention.

Il peut même s'agir d'une agression sans partenaire :

"X. a cassé son verre et son assiette en criant "j'en ai marre d'être ici". A été maîtrisé et couché."

Ici c'est plus la réponse à l'agression - le "a été maîtrisé et couché - qui dénote en retour l'agression que le fait en lui-même.

Ou aucune indication n'est donnée sur la nature de l'agression :

"Le malade X. a dû être isolé, vu sa façon d'opérer avec certains malades."

S'agit-il de vol, de bagarre ou d'affaire de moeurs, nous n'en savons rien.

Ou bien on craint l'agression sur un partenaire :

"A 6 h. ce matin G. frappait dans la cloison de sa chambre. Nous l'avons prié d'arrêter à plusieurs reprises. Il nous a répondu "qu'est-ce que ça peut vous foutre ?". Au repas de midi il frappait sur les tables du réfectoire. Nous craignons que malgré notre surveillance il ne distribue ses médicaments aux autres malades."

L'agression ici est médicamenteuse.

Habituellement l'agression est bien précisée :

"certains malades sèment la perturbation aussi bien au dortoir qu'au réfectoire s'amusant au détriment des séniles leur lançant des noyaux de dattes ou autres projectiles les prenant vraiment pour des têtes du Turcs."

Et,

"le malade B. a passé du cirage noir sur la moitié du corps du malade L."

Ici l'ironie n'est pas mise que pour le pittoresque, elle tient lieu d'autre chose, en particulier de ce qui manque à ces exemples par rapport à ceux que nous verrons par la suite : la réponse de l'infirmier, ou sa riposte, et à défaut celle de l'interne appelé par l'infirmier. Pourtant l'appel au médecin est bien indiqué ici, au médecin-chef précisément, à qui est adressé ce récit, sous couvert de cette ironie. Cet appel dévoile et en même temps justifie ou explique l'absence de l'intervention de l'infirmier, sinon par sa plume.

Mais souvent l'intervention des infirmiers constitue la seconde phase de la tentative d'agression :

"menaces aux infirmiers avec projection d'objets, d'où malade couché avec 2 ampoules de largactil et appel de l'interne"

L'appel de l'interne peut être pointage du défaut de l'intervention soignante (et nous disons soignante parce que non seulement l'infirmier s'est abstenu d'intervenir, mais sans doute il s'en jugeait autorisé du fait de l'absence, réelle ou imaginaire, de l'interne, que d'ailleurs on souligne qu'il a bien fallu appeler) il peut être renforcement de l'intervention de l'infirmier, confirmation, à la limite superpiqûre - "2 ampoules de largactil et appel de l'interne" -.

L'appel de l'interne peut aussi représenter quelque chose au niveau de l'utilisation du rapport :

on trouve parfois cette simple note : "coups de poing. A été vu par l'interne."

Le mode de l'agression est précisé, mais on ne peut rien savoir de son origine, ni même du nom des participants. Ce "coups de poing", détaché de tout contexte, chose en soi, pourquoi pas à la limite pur fantasme ("on bat un enfant - "des coups de poing sont donnés") n'est relié à la réalité ooncrète que par la phrase qui suit : "a été vu par l'interne". Ce qui implique tout d'abord la mise en oeuvre d'une relation de cause à effet ; lorsque des coups de poing sont donnés quelque part, l'interne vient voir.

Ainsi

"le malade X. ayant donné sans motif un coup de poing à la figure du malade Z, a été vu par le Dr X."

Le "sans motif" du coup de poing renvoie au "sans motif'apparent - au lecteur - du regard de l'interne. Sans motif, en fait, sinon celui de représenter une caution pour le médecin-chef à qui on raconte ainsi les hauts faits des malades.

Mais l'interne peut être aussi le prétexte de l'un de ces hauts faits, le prétexte ou le provocateur dénoncé :

"X. a sauté le grillage dans la matinée, il voulait voir l'interne."

Ce peut être aussi un autre membre soignant périphérique au pavillon, par exemple l'assistante sociale :

"A 14 h. à la prise du service, le malade Y. s'adressant à l'infirmier L. pour voir l'assistante sociale, celui-ci lui répondant qu'il ne pourrait certainement pas la voir aujourd'hui, Y. lui a sauté dessus ; courte bagarre qui a cessé à l'arrivée de l'infirmier P. Il vient ensuite me demander la même question au bureau, et comme je lui ai répondu qu' il n'était pas certain de la voir aujourd'hui, il m'a sauté dessus également. L'infirmier T. qui se trouvait au dortoir est venu me délivrer. Pendant ce temps le malade E. a sauté le grillage rattrapé par l'infirmier B. qui quittait le service. Nous avons appelé immédiatement l' interne qui a prescrit un traitement."

De ce véritable défilé de personnages, les deux soignants périphériques, interne et assistante sociale, l'ouvrant et le clôturant, en sont l'origine et la conclusion. Ils constituent véritablement le prétexte nécessaire à rendre compte au rapport d'un tel scénario qui met en scène, en plusieurs lieux d'un même pavillon, le dortoir, le bureau, la cour, et en un moment significatif de la vie de ce pavillon, le changement d' équipe, infirmiers et malades. - précisément deux malades et cinq infirmiers, en des temps différents. L'agression se reproduit à deux reprises de manière identique, en miroir, avec la même question concernant l' assistante sociale, la même réponse de la part de l'infirmier, la même réaction de la part du malade, et la même intervention salvatrice d'un tiers, tout ceci de façon si anonyme qu'on pourrait presque dire "l'infirmier" et "le malade". La situation est dénouée, semble-t-il, par un saut de grillage immédiatement réparé, et qui tombe à point, et on peut alors enfin appeler l'interne qui "prescrit un traitement" global, serions-nous tentés de dire.

Mais ceci nous amène à parler des agressions des malades sur les infirmiers, qui sont traitées avec le plus grand sérieux, et sans négliger les détails que nécessite la rédaction orthodoxe d'un rapport.

"X. malgré l'injection de Sédol était toujours très nerveux. Ayant demandé à boire, l'infirmier X lui apporte une timbale de tisane. A peine la porte était-elle ouverte, que le malade fonça sur l'infirmier, lui heurtant de la tête la lèvre inférieure. Une lutte s'engagea nécessitant l'intervention des autres infirmiers pour maîtriser le malade. Il est possible que dans toute cette lutte le malade soit porteur d'ecchymoses."

De même :

"En sortant de table X. sans motif a donné un coup de pied dans le ventre du malade Y. Les infirmiers sont immédiatement intervenus. Y a été KO pendant quelques minutes, présente un hématome et se plaint de douleurs testiculaires."

La gravité de la répression tient lieu de celle de l'agression. Et si celle-ci était sans motif, le motif de celle-là est suffisamment clair pour justifier, à la limite, l'emploi de termes de boxeurs, et, pourquoi pas, de pompiers :

"Au moment du coucher, à 20 h.30, le malade X. a fait une crise d'agitation furieuse. Au cours de cette crise, le surveillant C. a été blessé à la tête par une pierre et l'infirmier B. a eu une entorse au pied, due à sa chute ayant reçu un violent coup de balai sur les épaules. Après une demi-heure d'efforts à 10 infirmiers, nous avons dû faire appel aux pompiers. A l'aide de lances d'incendie nous avons réussi à l'approcher et à le maîtriser. Le malade a été mis au 6ème pavillon. Du largactil à la dose de 100 mg a été prescrit."

Le traitement apparaît dérisoire à côté de tous les moyens que fait déployer une telle "crise d'agitation furieuse". Et pourtant, qu'il n'ait pas lieu, et les infirmiers sont abandonnés :

"Un malade qui a battu un infirmier n'a pas eu de traitement par l'interne."

Cela signifie : complicité interne - malade dont l'infirmier fait les frais. Même lorsque un infirmier battu par un malade ou menacé de mort, a obtenu que le malade soit "traité", on peut se dire que l'idée de complicité entre deux des partenaires aux dépens du troisième, quelqu'il soit, n'est pas absente. Et qui plus est, que c'est bien pour la créer, qu'on "fait" apparaître de tels états d'agitation.

De ces exemples où se cristallise le quotidien d'agression, du service, ont pu se dégager quelques thèmes :

- distinction agression verbale - agression physique ; la première met en cause, au travers des fantasmes qu'elle exprime, la personne réelle de l'agressé. L'autre ébranle ou confirme, ce qui revient au même, le

statut de représentant de l'ordre de l'infirmier, et met à jour son rôle imaginaire, cela paradoxalement au moment juste où elle en touche le corps physique.

- éléments du scénario de l'agression : malade, infirmier, interne. La paire agresseur-agressé nécessite la présence d'un tiers dont le rôle oscille entre celui de témoin, et celui de complice, en passant par celui de répresseur ou de réparateur. Bien entendu les rôles sont interchangeables. Mais on peut ajouter que le véritable tiers reste dans l'ombre : c'est celui à qui est adressé le rapport.

- introduction ouverte de l'administratif. Légitime, elle sert de prétexte à une inflation imaginaire de cette référence administrative : signaler au rapport une bagarre qui entraîne une fracture et un arrêt de travail prolongé, est une chose, mais signaler de la même façon systématique, comme l'on rendrait des comptes, tout ce qui relève de la violence dans les contacts physiques, en est une autre. C'est du psychiatrique qu'il s'agit ici, et c'en est encore lorsqu'on s'aperçoit qu'il n'est pas rendu compte de toutes les violences.

Nous allons retrouver ces thèmes dans un ou deux exemples particulièrement riches de ce matériel.

"D. a eu encore dans la soirée une crise d'agitation furieuse. A fait une crise d'épilepsie et ensuite a cassé des chaises, arraché une tuyauterie et s'est armé d'un morceau de tuyau. Le surveillant infirmier qui approchait était sûr d'en prendre un coup sur la tête. De fureur il avait renversé la bascule qui, par le choc, est maintenant hors de service. Heureusement que D. avait pris ses médicaments (eunoctal + nozinan) ce qui a permis de réduire sa fureur (d'ailleurs reconnue par lui). Ce qui ne l'empêcha pas ensuite de se réfugier dans la salle de réunion, et ayant soin de s'armer d'une chaise qu'il projeta ensuite dans les jambes du surveillant D., réussit à s'enfermer dans la salle de réunion, cassa un carreau et ayant ensuite conscience qu'il ne pourrait tenir le coup malgré l'insistance du personnel pour lui faire un pansement à l'index gauche légèrement coupé, demande à monter se coucher. Ce qui lui fut accordé et même conseillé. L'état d'agitation furieuse de D. est dû à un petit voyage à la pointe de G. Le malade, dans des états de fureur analogue est dans une dangérosité extrême à l'égard de l'entourage et du personnel."

Y est pointée la valeur de charge agressive des objets intermédiaires, valeur soit immédiatement agressive qui est celle des chaises, de la tuyauterie, du carreau, soit à plus long terme dans le cas de la bascule "mise hors de service". L'évolution des personnages dans le pavillon est aussi pointée, mais seul un lieu est mentionné, par rapport à quoi se déroulent les diverses séquences : la salle de réunion. Pourtant d'autres lieux sont en cause : la salle de soins, avec la bascule, le dortoir, où D. monte se coucher, peut-être même le bureau du surveillant. Mais la salle de réunion est particulièrement investie, D. s'y

réfugie et s'y enferme. Enfin des touches psychologiques sont fournies. La fureur de D. semble parfois bien ambivalente, à moins que ce ne soit la réaction des infirmiers en face d'elle, et l'utilisation qui est faite de cette fureur. D. est hors de lui mais il a pris ses médicaments, son état d'agitation extrême ne l'empêche ni de le reconnaître, ni de se rendre compte qu'il "ne pourra tenir le coup", ni enfin de demander à monter se coucher.

Les contradictions sont aussi ailleurs. L'insistance des infirmiers à "parler médical" - crise d'épilepsie, médicaments, pansement au doigt coupé - trouve son écho dans l'insistance de la dernière phrase, qui est soulignée dans le rapport. Cette phrase est bien rédigée en parler "administratif" s'il en est, en parler "légal", pourrions-nous dire : c'est un véritable rappel de la loi de 1838 au médecin-chef. Y manque pourtant la notion de dangérosité pour le malade lui-même, qu'on retrouve à l'état dérisoire dans l'allusion au doigt légèrement coupé.

Voici un autre récit :

"Au cours de l'après-midi, le malade J. a frappé le malade B. pour lui prendre un paquet de cigarettes. Nous avons réussi à le calmer. A l'heure du repas J. s'en est pris au malade A., menaçant de le frapper et de l'étrangler. S'était emparé d'un couteau. Nous avons pu le désarmer. Après avoir bavardé assez longuement avec lui pendant et après le repas, J. s'est calmé.
"Vers 18 h.45 J. s'est rendu dans le dortoir pour ennuyer les autres malades et principalement le malade L. Il a profité que l'infirmier était occupé dans la salle de soins pour pincer violemment le nez de L. (légère ecchymose). J. étant revenu dans la salle de réunion s'est de nouveau énervé et menaçait de casser la télévision d'une bûche de cheminée. Le malade M. a réussi à l'en dissuader. A la suite de cela, J. s'est de nouveau rendu au dortoir et profitant que l'infirmier L. était seul, a formulé à son égard des menaces criminelles, et cela en toute lucidité.
"De plus, les malades du pavillon se plaignent du comportement du malade J. à leur égard.
"Aussi devant le danger permanent que ce malade présente pour son entourage et le personnel, et par mesure de sécurité, nous avons passé d'urgence le malade J. au 4ème pavillon et faisons prévenir l'interne de garde.
"Le comportement agressif de ce malade a déjà été signalé les 4 et 8 janvier. Car ce malade en voulant aux médecins (à qui il ne dit rien) se venge sur le personnel et les malades.
"Nous pouvons être en droit de redouter le pire."

Ici aussi les interventions, dans un épisode qui met aux prises 4 malades et 2 infirmiers avec J., varient entre une visée psychothérapique et répressive. On peut dire schématiquement que, dans une première séquence, chaque agression de J. a été suivie d'une réponse

soignante, qu'il s'agisse de le désarmer, et de le calmer, de bavarder. Au cours d'une seconde séquence, les agressions se produisent les unes après les autres, au dortoir puis à la salle de réunion puis de nouveau au dortoir, sans qu'il y ait réponse de la part des soignants, et même, malgré eux, dans leur dos, "profitant" de l'absence soignante. C'est alors, devant la déroute des infirmiers, que prennent leur place les menaces de mort et la "lucidité" qui les accompagne. Et on prend la mesure d'urgence, dont on souligne la portée répressive et de sécurité, qui seule permet de calmer l'angoisse : le changement en pavillon fermé. (Nous aurons à reparler plus loin des changements de pavillon. C'est seulement ensuite qu'on prévient l'interne de garde puis le médecin-chef. Cette absence soignante n'est qu'un écho de celle que souligne le surveillant dans son rapport : on a déjà parlé deux fois de J., les médecins n'ont rien dit. Silence d'autant plus pesant qu'il semble s'agir d'une affaire entre J. et les médecins, dont les infirmiers font les frais. Et dans cette affaire, celui qui ne dit rien, c'est J. L'absence médicale est complète : les médecins ne parlent pas avec J., et ne parlent pas de lui quand on leur en parle. Le passage dans un autre pavillon qui en découle vient à la place d'un parler qui n'a pas eu lieu, et il vient de façon particulière : à la fois réassurant les infirmiers contre ce "pire" qu'ils évoquent pourtant à la fin du rapport, et les dépouillant, de J. d'abord, et de ce parler que sa présence semblait rendre possible malgré tout. Il permet à propos de lui de parler d'autre chose qui se passe entre les médecins et les infirmiers.

Ici, la classification que nous avons essayé d'introduire dans ce chapitre en pôle médical et pôle disciplinaire, perd son sens. L'un et l'autre de ces modes d'abord du discours à propos des malades, finissent par se confondre au niveau même de ce discours.

Parler des malades, c'est parler de ce qui leur arrive, de ce qui arrive à leur propos. Cela revient à parler de leur agir, et à la limite on ne parle d'eux que lorsqu'ils passent à l'acte. Qu'ils s'agitent, qu'ils fuguent, qu'ils refusent les médicaments ou les promenades, c'est une mise en acte qui constitue matière à rapport. L'agir est d'ailleurs, en institution, outil d'information, d'échange, prêtant à l'interprétation, beaucoup plus que la parole et l'écriture.

Le discours du rapport sur les malades passe aussi par les objets. Objets intermédiaires, médiateurs, entre le malade et le soignant, entre le malade et l'évènement, entre les soignants et le réel institutionnel. Que ce soit le vin, les médicaments, le thermomètre, la bêche ou la lampe à souder, c'est, a travers les divers incidents journaliers dont ils sont le prétexte, le support d'échanges matériels et affectifs - de même que les multiples objets d'usage quotidien qui servent indifféramment à s'agiter, se battre, échanger, prêter...

A ces quelques remarques nous pouvons ajouter celle que l'inventaire n'est pas complet. Beaucoup de faits sont passés sous silence par le rapport, ceux connus par tous, tels que les changements de

médecins, les activités et réunions du service, et d'autres, que seule la cohabitation dans le service pourrait permettre de connaître, et ce ne sont sans doute pas les moins importants.

C - SEXE ET SUICIDE

Une partie, peu abondante, du matériel recueilli, ne s'est pas laissée facilement classer dans les deux chapitres précédents. C'est celle qui concerne les incidents à caractère sexuel et les suicides et tentatives de suicide. Ce n'est pourtant pas que ce matériel n'ait rien à voir avec l'étiquette de médical ou de disciplinaire, loin de là, et c'est peut être au contraire une cristallisation de cette bipolarité qui la dépasse et la rend caduque.

Serait-ce le fait d'un certain caractère tabou, indiscutablement attaché à l'évocation des relations sexuelles d'une part, et de la mort ?

- Incidents à caractère sexuel.

Nous en trouvons un petit nombre au niveau du rapport, et chaque fois le côté spectaculaire, voire exhibitionniste, de ces incidents, semble là pour justifier leur signalement.

On note que "X. se masturbe et laisse en évidence le crachoir où il a éjaculé."

ou que "un tel et un tel se baignent dans le canal en tenue d'Adam."

ou que "Y. se déshabille toute la journée."

et cela en cascade, durant la même période recouvrant à peu près un mois.

Mais une fois l'an, un tel récit prend place :

"A 13 h.30, L. est rentré dans un drôle d'état. Les vêtements pleins de poussière et de toiles d'araignée. Dit s'être fait mettre dans le c... par un malade du 4, un polynésien au visage grimaçant."

L'exceptionnalité d'un tel récit s'explique ici par celle du contre-transfert des infirmiers. C'est bien d'homosexualité qu'il est question, mais il faut au moins la protection de l'éloignement kilométrique de la Polynésie pour pouvoir mettre un tel problème sur le tapis. La Polynésie, en l'occurence, c'est le pavillon où on vient travailler tous les jours à longueur d'année, c'est la quotidienneté de l'affrontement aux relations homosexuelles. Il est si quotidien qu'on ne peut en parler.

Plutôt, on ne peut en parler que si l'autre vous l'exhibe, que si l'autre vous provoque. Ici, dans les exemples recueillis, les infirmiers

ne se décident à évoquer le problème que lorsque le malade les a provoqués, séduits. De la même façon, peut-être, ils ne se décident à l'évoquer verbalement à l'interne du pavillon seulement dans une situation telle que cela prend véritablement le sens d'une séduction de l'interne.

On peut dire donc que l'évocation de l'homosexualité aux médecins par les infirmiers a généralement le sens d'une tentative de séduction des médecins, qui peut-être protège les infirmiers contre celle dont ils ont l'impression d'avoir été l'objet par les malades.

Mais il est question aussi de l'hétérosexualité, quoique une seule fois, et dans un contexte particulier :

"Un malade aborde la fille de D. médecin-chef d'un autre service. On dit à ce propos qu'il court toutes les femmes, qu'il a déja, la veille, attaqué une infirmière."

Ainsi l'agression sexuelle descend la voie hiérarchique, comme le reste. C'est encore le signalement de ce qui se passe au sommet qui autorise celui de ce qui se passe plus bas.

- Suicides

La transmission au rapport des épisodes suicidaires a pour caractéristique d'être, au contraire de celle des incidents sexuels, imprimée par un silence pudique.

Mais la rétention de ces épisodes est moins grande. Le fait est que le rapport doit -son fondement administratif réel ici en cause- signaler les suicides.

On peut constater, à travers la pauvreté du matériel, deux sortes d'éléments :

- d'une part, les morts de malades par autolyse sont signalées sans le moindre commentaire ;

- d'autre part, les tentatives de suicide sont racontées avec d'autant plus de détails qu'elles semblent comporter le moins de risque vital.

Ici encore, le caractère de provocation et de "montre" des incidents atteint son but, qui est de faire parler d'eux. On parle plus facilement de la mort, lorsqu'on peut plutôt parler des lames de rasoir, ou des manoeuvres de respiration artificielle.

Surtout, on en parle plus facilement lorsqu'elle n'est pas réelle. Et le silence, chaque fois observé pendant plusieurs jours, après qu'on ait trouvé par exemple un malade pendu dans un atelier, ou un autre noyé dans le canal, ressemble fort à un temps de deuil. Ce silence est aussi

bien rétrospectif, car on ne dit rien sur l'état du malade antérieur au suicide. Ce n'est certes pas que les infirmiers n'en aient rien vu, c'est qu'il ne leur est pas possible d'en faire part au niveau du rapport. Le temps de deuil est respecté, mais le travail de deuil n'a pas lieu, du moins pas par les voies -et la voix- officielles du rapport.

On peut penser que si ce travail ne se manifeste que par l'observation d'un temps de silence au niveau du rapport, il se manifeste ailleurs, au niveau du contexte institutionnel.

Que sexe et suicide, ou "eros" et "thanatos", passent par la maille administrative, cela est sûr. Le suicide se le doit. Quant au sexe, c'est sous l'aspect de scandale et d'affaire de moeurs qu'il y passe. Mais il est plus obscur d'essayer de savoir ce que le médical y touche et s'il peut y avoir son impact.

La manière dont sexe et suicide émergent au niveau du discours du rapport semble indiquer qu'ils ne sont pas considérés comme pouvant être repris par un vouloir thérapeutique. Ils ne peuvent être abordés que par la bande, c'est-à-dire par la sanction de l'ordre et de la morale. C'est peut-être par là qu'il faut passer pour pouvoir un jour les aborder autrement.

Que les choses du sexe et de la mort deviennent réelles, et toute parole est impossible. Le réel suture. Ce n'est que par le détour du chemin de l'imaginaire (scènes de séduction, processus d'identification, fantasmes de meurtre) que s'ébauche une possibilité de structuration à l'intérieur d'un discours.

II - CONTENU INTENTIONNEL

L'isolation d'un chapitre ainsi intitulé fait problème : en effet le contenu évènementiel est également contenu intentionnel, du fait du choix des évènements, et du fait du ton du récit.

Cependant nous avons voulu y rassembler ce qui dans le rapport relève d'une intention explicite, et explicitée, à l'égard du destinataire, c'est-à-dire le médecin-chef.

- changements de pavillon

C'est un geste dont il est difficile de savoir si l'initiative en revient aux médecins ou aux infirmiers. L'ambiguité est entière, à tel point qu'on oublie souvent l'objet du changement, c'est-à-dire le malade. A travers lui, le changement de pavillon met en cause les infirmiers et les médecins, dans la mesure où ceux qui le décident le font contre, pour, ou à la place des autres. Ainsi la décision est à deux pôles, ou,

plutôt, le sujet et l'objet en sont interchangeables.

Souvent on indique pas les motifs des passages de pavillon. Ce silence est éclairé par les exemples qui vont suivre, surtout lorsqu'il s'agit de passages au pavillon 4, le pavillon fermé et à cette occasion interprété comme contraignant. Mais il peut aussi signifier le désaccord muet des infirmiers sur ce passage.

L'implication punitive du changement de pavillon est souvent notée.

"H. entré à midi en état d'ébriété, très énervé, cherchant querelle aux autres malades a été passé au 6ème avec l'accord de M.le Dr J."

La mesure est punitive mais aussi immédiatement curative, c'est certes un moyen efficace de mettre fin à une situation conflictuelle.

Le même jour, le 6ème pavillon note :

"Reçu H. du 1er, était en état d'ébriété, a été repassé au 1er après une nuit au 6."

L'"accord" du médecin, mentionné la première fois, souligne l'initiative des infirmiers, qui se passe de cet accord la deuxième fois.

Mais le lendemain :

"Passé au 4 sur l'ordre de Mlle L. (médecin), H."

C'est un ordre.

Les pérégrinations de H. à travers les pavillons suivent de près les significations dont se chargent ces passages.

On passe au 4 pour un état d'excitation, l'indication ne se discute pas. Mais on demande aux médecins le transfert d'un malade gâteux "qui se barbouille dans un pavillon où l'installation sanitaire est mieux adaptée."

On parle de changements de pavillon "effectués sur l'ordre" de tel ou tel médecin.

Accomplissement d'un ordre qu'on n'a pas pris en charge, ou mesure prise en l'absence d'une autre prise en charge, le changement de pavillon prend souvent son sens dans une sorte de vision pessimiste des jours à venir. Il devient mesure préventive.

Le malade l'a bien compris qui

"demande avec insistance à être passé au 4 sinon il va faire des bêti-

ses. Afin de le sécuriser satisfaction lui a été donnée."

Ce pessimisme est encore indiqué ici ;

"Changement intempestif de pavillon sans demander l'avis de l'interne pour éviter une nouvelle bagarre, mais c'est reculer pour mieux sauter."

Il apparaît que c'est la dernière possibilité d'agir laissée à la disposition des infirmiers, lorsque fait défaut une instance médicale décidante, et dont ils usent amèrement, inventant même l'abandon de l'interne, pour qui d'ailleurs il n'y a plus de place.

- conseils

Il arrive que le rapport distribue des conseils aux médecins, ce qui lui permet de faire état d'éléments cliniques que les infirmiers sont seuls à même d'avoir en mains.

On dit :

"il faudrait voir un tel...accrocher un tel à un travail... convoquer la famille de..."

Ou bien :

"Le malade X. ne va plus aux activités (poterie). En causant avec lui, il serait utile qu'il puisse changer d'activité, celle de la poterie ne présentant plus pour lui aucun intérêt."

Voici rejointe la valeur d'urgence médicale du changement de pavillon :

"je pense qu'il est urgent de le passer dans un pavillon à surveillance constante tant que dure cette phase dépressive."

On conseille également, pour protéger un malade, de limiter son espace. Parfois le conseil se nuance d'une certaine agressivité :

"alors qu'on ne tient compte que de la pseudo-turbulence du malade H., pourquoi les médecins semblent-ils ignorer R ?"

Cette agressivité se dirige contre le médecin remplaçant l'interne du pavillon, chose que le rapport ne dit point.

- demandes

Elles sont transmises par le rapport. Le plus souvent, c'est sous la forme d'une question :

"Que doit-on faire pour tel malade ?"

Question qui amorce la possibilité d'un dialogue dont le cahier noir serait le porteur et qui le ferait non seulement document médical, mais instrument thérapeutique.

La question est parfois précisée :

"A nouveau, le trio X., Y., et Z. fait parler de lui. Quelle est la conduite à prendre envers les malades ?"

Ce dialogue, ici sollicité, parfois s'instaure, nous le verrons plus loin.

Mais la demande de dialogue est parfois portée en un autre lieu que celui où elle se pose :

soit dans le bureau du médecin-chef,

"Le surveillant X. désire avoir un entretien avec Mr le Médecin Chef au sujet de la marche du pavillon."

"Le personnel de la 2ème équipe demande à voir le Dr C."

soit dans le cadre d'une réunion de service :

"proposition de discuter le cas d'un malade fugueur un lundi matin."

Parfois la demande recouvre ou dévoile une certaine agressivité.

"On demande à ce que le cercle culturel ferme à 17 h.15 pour éviter les recherches."

Le cercle culturel n'est plus un lieu de rencontre ou de vie, mais un lieu trop per missif qui nuit à l'ordre du pavillon et qui augmente le travail des infirmiers.

L'intervention du médecin peut être réclamée à fin de renforcer celle de l'infirmier qui n'a pu être suffisamment écoutée.

"Le malade A. ne prend pas son largactil, il s'arrange pour le dissiper. Aux remarques des infirmiers il répond avec arrogance et incorrection. Les infirmiers désireraient voir son interne Mr A. à son sujet."

C'est aussi pour consolider un statut que "l'arrogance et l'incorrection" du malade ébranlent.

Réclamation d'un médecin pour avaliser, en quelque sorte, mais également, d'un médecin qui serait un espèce d'infirmier idéal, ou l'

l'infirmier idéal tel que l'infirmier imagine, et est sans doute en droit d'imaginer, que le médecin l'espère.

"Au moment de faire son tour de vaisselle, le malade G. s'est éclipsé d'une façon assez désobligeante pour ses camarades qui doivent faire son travail.
"Voulant le conseiller sur sa façon d'agir en tant que délégué général, il s'est montré assez agressif et malhonnête avec le personnel de l'après-midi. Nous demandons que le malade soit sermonné par son interne et le surveillant général."

Dans ce sermon paternel, sont d'ailleurs associés interne et surveillant général.

- manifestations affectives

Plutôt qu'une manifestation, c'est une coloration affective qui marque parfois un certain discours que les infirmiers adressent aux médecins. Dans ce discours, l'anecdote rapportée n'est qu'un prétexte à faire état de l'échec, de la démission, ou du silence attribués au médecin. Sous des dehors souvent ironiques, ce genre de remarques témoigne presque de réactions abandonniques.

Un certain nombre de ces commentaires à double tranchant constituent de véritables avertissements. Ce sont des "je vous l'avais bien dit... je vous avais prévenus..." Mais le plus souvent il y a collision des temps, le "je vous avais prévenus" devient un "je vous préviens", garant de toutes les catastrophes à venir.

"Un tel monte les malades contre le personnel. L'interne est prévenu."

Ces avertissements vont de pair avec un sentiment de l'impuissance, voulue ou non, des médecins, impuissance qu'au besoin on provoque, on met au défi. Les incidents alcooliques ou bagarreurs soulèvent spécifiquement ce genre de provocations :

"B. très agité, hurle dans le dortoir, menace les autres malades, brise un carreau et se vante qu'aucune mesure ne sera prise contre lui (peut-être à juste titre)."

Le contenu de la parenthèse est souligné par le surveillant. Dans ce genre de combat, c'est devant le malade que l'infirmier a l'impression de perdre la face, et de perdre la face en tant que représentant de l'ordre et de la discipline. Ce statut lui vient de son supérieur hiérarchique, et c'est en tant que tel qu'il s'adresse au médecin-chef, avec cette violence déguisée. Que vaut ce médecin qui n'a que des rapports de parole avec l'agité ou le caractériel de service :

"Bien qu'il ait donné sa parole d'officier à son interne qu'il ne boirait plus, le malade X arrive à prendre 2 cuites dans la journée."

On voit que les catastrophes se réalisent, de préférence lorsqu'on n'a pas prévenu, ou que l'on a prévenu d'autre chose. C'est plus une prévision qu'une prévention et qui choisit des chemins détournés pour s'accomplir :

"4ème pavillon. Le Dr G. a fait une permission de parc à Mr B. de 15 h à 16 h.
"Mme le Dr V. a vu D. Elle croit qu'il va s'évader.
"Supplément du 4ème pavillon. B. évadé (permission de parc)."

En tout cas, les médecins doivent savoir à quoi s'en tenir lorsqu'on leur dit :

"Il faut faire attention au malade A. qui se promène au milieu de l'allée centrale car un membre du personnel pourrait l'écraser involontairement."

Apparemment le seuil de tolérance pour A. est dépassé, et on le fait savoir.

C'est à travers les malades que les infirmiers font s'exprimer leurs propres sentiments négatifs vis-à-vis des médecins : soit par le biais des catastrophes, qu'elles se réalisent ou soient simplement prévues, ce qui en est l'équivalent, soit par le biais des sentiments agressifs des malades eux-mêmes :

"Un malade vu par un assistant a manifesté sa mauvaise humeur."

Ou on note qu'un malade se serre le cou après avoir été vu par un interne, et l'on ajoute

"la confiance de un tel en son interne semble s'estomper."

C'est dire que la confiance des infirmiers du pavillon envers l'interne est elle-même ébranlée, c'est d'ailleurs bien de celle-là qu'il est question, et non sans amertume que les choses en soient arrivées là.

- <u>dialogue médecins-infirmiers</u>

Cette parole, cette réponse médicale, que nous avons vue tant sollicitée, provoquée, déliée, par le truchement du rapport, elle y apparaît parfois, à d'autres moments, de façon sporadique, quand elle est le moins demandée.

Les médecin-chef et assistants cochent, soulignent certains passages du rapport. Ainsi, dans l'exemple donné plus haut, où il est question du malade A. qu'on pourrait écraser "involontairement", ce dernier mot est souligné par la plume médicale, montrant par là qu'elle a bien entendu ce qu'on voulait lui faire savoir.

Parfois c'est un rectificatif qui est établi :

"X. s'est blessé accidentellement", le médecin ajoute dans la marge : "non, volontairement". Plutôt qu'un rectificatif, c'est une interprétation, et pas seulement de la blessure de X., mais de la place de l'"accident" dans le discours du rapport. - qui est sans doute la même que celle de l'"involontaire".

Des questions sont posées dans la marge, et plutôt que pour y appeler une réponse de la part des infirmiers, c'est pour attirer leur attention sur le fait qui est à côté de celui qu'ils rapportent. Ainsi les médecins s'enquièrent d'un fait non signalé dans le rapport, ou, à la phrase courante "X. a eu une injection de largactil", ils ajoutent une interrogation moins courante, ou moins couramment remarquée "prescrite par qui ?". Là encore, c'est plus une interprétation, ou un appel à l'interprétation du rôle du rapport, qu'un appel au dialogue, qui n'a d'ailleurs pas lieu. (du moins sur ce cahier).

L'intervention de la plume médicale est parfois aussi rassurante, remettant les choses à leur place, indiquant, lorsqu'on parle d'un malade qui fait problème, que l'interne doit s'en occuper. C'est renvoyer à qui de droit une demande qui a dévié, glissé dans le canal hiérarchique du rapport.

Enfin, ce dialogue, que la ligne des eaux partage en demandes des infirmiers d'un côté, réponses des médecins de l'autre côté, et à côté également, et qui n'a jamais lieu, a pourtant parfois lieu :

"4ème pavillon. J'apprends que G. a reçu une "dérouillée" des copains. Quelles ont été ses réactions ultérieures ? signé H.C. (assistante du service).
"Réponse du surveillant D. à Mlle C. Daniel G. depuis la fessée qu'il a reçue se comporte comme un gamin qui a conscience de n'avoir eu que son dû. Il est gentil avec les infirmiers qui l'ont battu sans platitude, sans arrogance.
"Aujourd'hui il jouait au baby-foot avec eux. Sa première réaction a été de vengeance "je les retrouverai à la sortie".
"J'ai vu la mère de G. le dimanche. Elle a accepté les choses mieux que je n'avais prévu. Elle m'a dit que pour D. il manquait un homme à la maison."

Ce n'est peut-être pas par hasard que, là où on voit, entre médecins et infirmiers, une question précise appeler une réponse qui ne l'est pas moins, c'est à propos d'un épisode assez exceptionnel au cours duquel un malade a été battu par des infirmiers. Et une fois la réticence levée par la question du Dr C., la réponse est très explicite, et l'est avec un certain soulagement.

Ce "contenu intentionnel" dont nous avons fait un chapitre ne fait qu'un, bien sûr, avec le "contenu évènementiel", matière du

chapitre précédent, même si l'on ne s'en tient qu'à la définition que le dictionnaire donne de l'évènement, c'est-à-dire "tout ce qui arrive et qui a de l'importance pour l'homme". Nous aurions pu d'ailleurs parler de "contenu affectif" dans la mesure où ce qui se montre intentionnalité évidente est beaucoup plus de l'ordre de ce qu'on pourrait nommer le contre-transfert que de l'ordre du message.

Il permet de pointer là où se cristallise ce qui est sous-jacent partout ailleurs. Que l'on parle d'un refus de médicaments, le "que faire ?" est sous-entendu. Que l'on constate une crise d'agitation qui ne cède pas, le "vous l'avez laissé faire" est sous-entendu.

On y voit mieux, dans cet "intentionnel", ce qui ailleurs se cache, et pas seulement des réactions des infirmiers. Celles des médecins y trouvent aussi leur compte. -il leur arrive de faire remarquer, si "X; n'a pas pris son largactil", que "c'est bien ennuyeux".

Mais peut-être une autre manière de lire le rapport s'éclaire-t-elle ici. Elle ne le prendrait plus comme un texte seul, qu'elle s'en tienne au contenu patent, ou qu'elle pénètre dans les variations du latent, du montré et du caché tout à tour. Plutôt qu'un texte, fini et défini, le rapport ne serait-il pas l'un des lieux où peut affleurer le "dire" du service ?

DEUXIEME PARTIE :

ANALYSE

Nous avons essayé, dans la première partie, de rendre compte des rapports de service s'étalant sur plusieurs années, de 1958 à 1965. Nous n'avons pas utilisé le déroulement chronologique pour cela, mais considéré l'ensemble des rapports comme un seul texte, dont au même titre nous étudions tel ou tel élément. De ces éléments, pour en faciliter l'exégèse, nous avons établi une classification, qui a le mérite de rendre compte, et du quotidien, et de l'extraordinaire - celui-ci éclairant celui-là -, mais qui, à mesure que le travail s'avançait, devenait surannée., débordée par le contenu qu'elle ne pouvait maîtriser.

Des remarques que nous a suggéré la juxtaposition de ces fragments de matériel, nous pouvons en retenir deux sortes. Il y a celles qui visent à faire une analyse de contenu, et celles qui mettent en évidence l'articulation avec l'insitution. Nous verrons que l'analyse de contenu ne peut se passer de déboucher sur le contexte du rapport, c'est-à-dire l'institution dont il est l'un des textes écrits.

I - ANALYSE DE CONTENU

A analyser le texte du rapport comme on le ferait de celui d'un rêve, il s'en dégage la notion de contenu manifeste et de contenu latent.

- DEGAGEMENT DU MANIFESTE ET DU LATENT.

L'inventaire qui a été établi des gestes et des évènements transmis, est bien un inventaire du manifeste, un "récit en images". Et c'est là où la classification des pièces de cet inventaire semble porter à faux, que l'on peut désigner l'ombre du latent.

Nous en avons trouvé un écho au niveau de ce contenu intentionnel manifeste, parfois rapporté par les infirmiers, et où la demande, pour vigoureuse ou désespérée qu'elle soit, ne l'"est pas moins qu'au niveau du rapport de telle querelle de malades ou de tel changement dans leur état.

Il rend caduques, ce contenu latent ou contenu désirant, la forme policière ou médicale d'une anecdote, la revendication ou la lamentation, le choix d'un objet de scandale ou d'un autre. Ce ne sont que les aboutissants divers, équivalents, et par où on peut le retrouver, du discours désirant des infirmiers, du moins tel que le rapport le fait se dire.

Nous ne pourrons en savoir plus qu'en abordant l'articulation du rapport avec l'institution, ou du texte avec le contexte. Nous verrons alors que les voies d'expression du "désirant" ne sont pas équi-

valentes entre elles, mais que de leur spécificité peut être entrevue une possibilité à interpréter.

Pour le moment, l'utilisation de la conjonction du manifeste et du latent peuvent nous permettre de voir de plus près certains thèmes évoqués dans la première partie.

1 - Médical et disciplinaire

Ils s'opposent point à point, c'était l'ossature de notre classification. Pourtant, à l'intérieur d'observations comme celles de D. ou de J., ils se retrouvent absolument complémentaires, et pouvant même, à la limite, prendre la place l'un de l'autre, dans un mécanisme de condensation.

Dans le dualisme soigner-punir, soigner peut avoir la valeur d'une punition, et punir déclencher un processus thérapeutique. Les soins donnés à un agité ou à un éthylique ressemblent fort à une position répressive, qu'on administre des piqûres, qu'on appelle l'interne de garde, ou qu'on opère un transfert en milieu clos. De ce même éthylique, qui a exprimé, sous le couvert d'une chope de vin rouge, des idées de suicide, on insistera sur la nécessité d'une surveillance "pendant et après son ivresse" : c'est dire, de manière déguisée, qu'on tient plus compte de ses idées de suicide que de ses excès libatoires.

Ces deux pôles de l'action infirmière donnent lieu à des phénomènes de déplacement. Dire qu'on a puni un malade éthylique remplace le récit de l'épisode qui a amené l'intervention des infirmiers à être ainsi punitive. Ou détailler cette intervention répressive - en termes de "soigneur" -, dispense de s'étendre sur l'agression qui en a été cause.

Si la discipline renvoie à la fois au châtiment et à la règle de conduite qui sert à maintenir le bon ordre dans une collectivité, le médical renvoie au savoir. Ce savoir, est trop prérogative du médecin, prérogative "hiérarchique", pour que les infirmiers fassent aisément allusion à celui qui est le leur. Quand ils livrent des informations médicales, c'est de façon souvent brève : "X. ne va plus aux activités." Le savoir, en l'occurence que X. était censé aller aux activités, et qu'il n'y va plus, et pourquoi, est passé sous silence. Mais il coule tout seul, "de source", lorsque c'est un fait disciplinaire qui est relaté. C'est alors plus l'"affaire" des infirmiers d'arbitrer une querelle, de remédier à une crise d'agitation, et, sous ce prétexte, il leur vient plus facilement d'évoquer l'histoire récente du malade. Pourtant, ici, l'interlocuteur est l'administration.

On voit que l'administratif et le médical sont mêlés et qu'on ne peut reconnaître ce qui revient à l'un ou à l'autre. Soigner est une règle, sinon la loi, et qui s'y dérobe est puni.

2 - Corps et somatisation.

De même que les infirmiers prennent plus facilement la parole lorsque l'administratif est en cause, ou ce qui tient lieu d'administratif, de même ils parlent plus volontiers quand le corps est en cause.

C'est bien l'abord du corps des malades qui constitue le domaine des soins infirmiers. La fièvre, le sommeil, l'appétit, en sont les données immédiates et sensibles. La traduction au niveau du rapport en est banale et courante, mais n'en forme pas moins un noeud de la convergence de plusieurs significations. Parler du corps d'un "malade de la tête" n'est pas sans faire problème.

La vigilance à détecter une fièvre est celle qui veille sur le bon état physique des malades, sur leur "conservation", et ce terme évoque le mot de Daumezon (I) rappelant la signification ancienne de l'asile, qui est de "conserver, maintenir". Mais c'est aussi la vigilance qui fait appel à la vocation médicale du psychiatre, dans une conception antinomique du somatique et du psychique, dont il arrive aux infirmiers de faire état, dans une revendication agressive de la division du travail. Ils relèvent ainsi avec une gentille ironie l'erreur de diagnostic d'un interne à propos d'une induration soi-disant suspecte, mais, parlant de l'entrée dans le service d'un grand arriéré, ils ajoutent, cette fois sans ironie, "l'interne n'a pu en tirer un mot". Là, c'est l'affaire de l'interne. Mais, l'induration suspecte, la marque de la maladie sur le corps, et pas n'importe quelle maladie, celle qui prête le mieux matière à tabou, et où non seulement la mort, mais le sexe, sont en question, cette marque donc est l'affaire des infirmiers. La moindre indifférence, insuffisance, des médecins à l'égard de ces problèmes somatiques est ressentie comme indifférence aux infirmiers.

L'antinomie somatique-psychique que nous évoquions tout à l'heure, et qui constitue sans doute une défense pour l'infirmier, se détruit d'elle-même au regard d'une autre antinomie, ou ambivalence, à l'intérieur du somatique propre.

Le sommeil, la nourriture, c'est tout aussi bien le versant corporel de la maladie mentale. Un maniaque ne dort plus, un déprimé ou un délirant ne mangent pas. Il est plus facile de manier ce versant là, mais il peut y avoir maldonne. On peut oublier de quoi il est véritablement question, surtout si le refus de sommeil ou de nourriture est interprété par l'infirmier comme un rejet de sa personne : là est justement la question, encore qu'il soit difficile de l'admettre, l'interprétation est le doigt posé dessus mais qui empêche aussi de la voir.

(I) - "La psychothérapie institutionnelle contemporaine" par Daumezon et Koechlin. Anais Portugueses de Psiquitria 1953 vol. 4.

Les médicaments sont encore mieux l'objet intermédiaire, polyvalent. Intermédiaire et médiateur entre la tête et le corps, entre l'infirmier et le malade, le médecin et l'infirmier.

Ils rendent le corps malade pour soigner la tête, et ce double aspect de bon et mauvais objet s'attache à la personne qui les dispense.

Et à parler du corps, nous en venons à parler des manifestations qui relèvent à l'évidence du psychiatrique, mais qui mettent en jeu le corps : celles de l'agitation.

Paumelle (I) parlant du mythe de l'agitation, dit que "dans la réalité relationnelle de l'espace social, l'agité est d'abord vécu comme agitant avant de l'être comme agité." Cette "action agitante" est la somatisation d'un malaise au niveau du pavillon, qui met en scène le corps des malades et le corps des infirmiers. C'est à la fois un contact-agression, un contact qui ne peut survenir qu'en corps-à-corps, et une échappée à l'angoisse. Et c'est bien pour essayer de maîtriser cette angoisse sous-jacente au phénomène agitation - ressentie par eux comme plus dangereuse que l'exposition aux coups éventuels des malades - que les infirmiers s'étendent avec soulagement sur la description des coups donnés et reçus, des parties du corps endommagées, des ecchymoses éventuelles.

Des deux aspects de ce parler sur le corps, l'un est marqué par le psychiatrique. Il en est le reflet latent, et il se dégage de la lecture de l'autre aspect. Il y est question de l'expression corporelle d'un malaise, d'un délire, d'un conflit. Il y est question de la fantasmatisation de ce corps pris dans la maladie mentale, et de l'appel à aborder cette maladie par le corps justement.

L'autre versant est celui que le rapport manifeste au regard du médecin. C'est le quotidien des soins infirmiers, la distribution des médicaments, le manger, le coucher, quotidien qui touche au dérisoire lorsqu'il s'agit de panser l'index légèrement blessé de D. en proie à une crise d'agitation furieuse. Dérisoire mais rassurant par là même. Ces gestes banaux, répétés chaque jour, permettent de maîtriser l'angoisse inhérente à cette "convivence".

Ils permettent aussi de maîtriser l'idée de la mort. Inséparable de la maladie physique, elle en fait parler plus facilement que de la maladie mentale, où le suicide n'est jamais abordé que de biais, sous couvert de ces gestes rassurants de maîtrise que constitue par exemple la "surveillance" ou la mise en pavillon fermé.

(I) - Paumelle - Thèse 1952

3 - Passage à l'acte.

Une part importante de l'activité de rapporteur consiste à transcrire les faits et gestes des malades. C'est même, souvent, l'incident, qui fait parler d'eux. La phrase "je te mettrai au rapport" est un pâle rappel de la parole du malade qui ne peut venir au jour et que vient boucher l'incident, l'incident qui permet qu'à défaut d'une parole du malade, il naisse une parole sur le malade.

C'est aussi l'évènement individuel dont parle Oury (I), évènement pris dans la trame interrelationnelle que constitue le réseau imaginaire du signifié recoupé par le réseau symbolique constitué par tous les échanges, prestations et contre-prestations "lesquelles tirent leur énergie de l'ordonnation dans un groupe de relations passionnelles."

L'évènement agir-du-malade naît à la jonction du niveau de la structure des échanges et de celui des investissements affectifs. Il peut être perdu, ou repris, par l'institution.

En ce lieu de l'agir, ou du passage à l'acte - nous prenons ce terme dans le sens de l'"agieren" qu'emploie Freud (II), et qui signifie à la fois "actualisation" et recours à l'activité motrice - se rejoignent le manifeste, pour ce qu'il montre, et le latent, pour ce qu'il cache et fait savoir ensemble du désir qu'il obture. Nous y retrouvons les deux sens du mot "agieren" : ce réel que le malade investit de sa motilité, il lui demande une réponse à son angoisse, une mutilation réelle qui le rassure contre celle qu'actualise son fantasme inconscient (III). Décharge motrice, donc, et également investissement, actualisation d'un conflit dans ce que nous pouvons appeler la situation transférentielle institutionnelle.

Cette parole tronquée, barrée par l'agi qui montre sans dire, peut être en même temps le dire d'un agi. L'agi, que ce soit un traitement, un changement de pavillon, une querelle, une rencontre, le crachat d'un schizophrène, peut être le support d'une parole qui prendrait son sens dans la trame institutionnelle. C'est ainsi qu'il peut être perdu, ou repris, et interprété. "La parole efficiente vient révéler les intersections...du réseau imaginaire et du réseau symbolique". (Oury, rapport de Zurich).

(I) - Oury. Rapport de Zurich au Congrès International de Psychothérapie de groupe. Août 1957.

(II) - "Remémorer, répéter et élaborer". S.Freud. Collected Papers vol II.

(III) - "Réflexions sur l'action et l'agir dans leur relation au transfert analytique". P. Aulagnier et JB. Lefevre Pontalis. Journées de printemps 1963, Société Française de psychanalyse.

4 - Appel au médecin.

Il se fait parfois aussi explicite, manifeste, que possible. Il est latent dans toute anecdote rapportée, dans tout silence particulièrement opportun.

L'appel du médecin - et l'appel de l'interne de garde en est le meilleur exemple - n'est qu'une modalité spatiale et vocale de l'appel au médecin, support de demandes variées, dont le rapport se fait le porteur.

Le ton, de la voix comme de l'écriture, indique les fluctuations du contre-transfert des infirmiers. L'appel peut se faire contestation, soit contestation de l'activité de l'interne face à celle, idéale, du médecin-chef, soit contestation globale, pouvant atteindre à un certain degré de violence affective : "on ne fait rien pour tel malade", et on agrémente la remarque de la prédiction des catastrophes qui ne vont pas manquer d'arriver. Ces prédictions font penser d'ailleurs à celles, parentales, qui font partie de "l'oracle paternel" (I), et qui arrivent toujours, d'une façon ou d'une autre, à destination.

Ce peut être l'appel à une instance surmoïque, répressive. C' est généralement le cas lorsqu'on rapporte un incident dont on craint, ou met en épingle, le retentissement administratif. On s'adresse alors à la fois au chef hiérarchique, à qui on rend des comptes, et au chef médical, dont on attend qu'il fournisse sa caution.

Ce peut être aussi l'appel à une instance idéale, une image plus parfaite de soi. On y découvre une nostalgie de l'intervention idéale, qu'elle soit super-arbitrage ou super-piqûre. Echo de ce qu'en disait Bailly-Salin (II), à propos justement des rapports de service, à savoir que l'infirmier projette l'image idéale qu'il pense que l'on doit avoir de sa fonction.

L'appel peut être appel à une certaine complicité face aux malades, dans un jeu à trois d'où le partenaire médical est par trop absent. Et, absent, il est vécu plutôt comme complice des malades, inquiétant pour les infirmiers.

Cette absence du médecin est parfois pointée : on fait appel au médecin, c'est dire qu'il n'est pas là. Le défaut de l'intervention médicale est souligné lorsqu'il éclaire celui de l'intervention infirmière auprès des malades, par une espèce de réponse en miroir, constat et vérification d'abandon.

(I) - "L'homme aux rats". O. Mannoni. Temps Modernes. Mai 1965.

(II) - Drs Bailly-Salin, Boulanger, Djeghri et Girard. "Analyse des rapports de service sur "Une dispute survenue entre deux malades." Considérations sur le rôle de l'infirmier ." Information Psychiatrique 1960.

On appelle le médecin parce qu'il est absent, on l'appelle aussi pour qu'il soit là deux fois. C'est le sens de la surenchère qui consiste à s'adresser au médecin-chef pour atteindre, en parcourant à deux reprises l'échelle hiérarchique - échelle ici lacunaire et anormale -, l'interne.

Enfin cet appel est souvent anachronique. Il a lieu soit dans un avant hypothétique, et c'est l'ère des prédictions, soit dans un après inutile : les infirmiers résolvent le conflit puis appellent l'interne de garde, puis seulement en font part au médecin-chef. Lorsqu'il n'est pas anachronique, il constitue une sorte de demande de restitution : décision contre information. Ceci rappelle la demande de restitution que pose le malade au médecin : médicament contre symptome (I). Répondre à cette demande, restituer l'objet, est bien une façon de refuser le transfert.

Le rapport lui-même, par l'acte qui le fait exister, constitue un appel au médecin-chef, et on peut se demander de quoi la restitution serait le siège.

Contenu manifeste et contenu latent se rejoignent ainsi dans les chemins de la manifestation du désir du groupe des infirmiers.

De ce que les malades manifestent, le désir des infirmiers y trouve sa substance, et la choisissant peut y venir au jour.

ESSAI D'UNE ANALYSE SYNCHRONIQUE.

Nous pouvons, dans l'étude du rapport, utiliser le facteur temps. Quoiqu'il n'y ait pas, comme le dit Jakobson (II), une telle dichotomie entre synchronie et diachronie, et que tout changement, toute évolution, commence par être synchronique, nous allons essayer de montrer, en quelques exemples, comment certains éléments donnés, lors d'une période définie, par le texte du rapport, ont entre eux des liens certains.

En janvier 65, le rapport note que le service est encombré, que les malades sont mécontents, enfin que le troc existe.

(I) - Clavreul. Notes prises aux séminaires des lundis soirs. 1964.

(II) - Jakobson, Essais de linguistique générale, PP 35 - 37.

Aucun lien n'est explicité entre ces différentes remarques.

C'est à partir de la mention inusuelle du troc que nous pouvons en savoir plus sur cet inusité justement.

Le troc est un phénomène d'échange illicite, qui échappe à la structure des échanges dont est faite l'institution. La valeur des objets échangés n'est déterminée que par l'arbitraire des deux individus qui sont le siège de cet échange. Ce n'est qu'exceptionnellement que le troc a ses lois intestines qui fixent à tant le litre de vin ou le paquet de tabac, reproduction en miniature du monde extérieur et de ses lois, dans laquelle l'inflation des prix témoigne d'un fantasme de toute puissance et de maîtrise des échanges, fantasme dont la mise en acte n'est rendue possible que par l'interdiction qu'elle viole constamment.

Comportement de transgression d'un groupe d'alcooliques, ou tentative solitaire d'échanger quelque chose de l'ordre d'un corps qui soit moins morcelé d'être échangé entre deux schizophrènes, la clandestinité du troc reste respectée. Que le rapport en fasse mention, et l'illicite est tout à la fois dénoncé comme tel, et réintégré dans le langage du collectif.

Cette dénonciation est en réalité, par un processus de déplacement, une dénonciation de l'encombrement du service. La plus forte densité des malades favorise-t-elle vraiment les échanges clandestins, ou n'est-ce pas plutôt de celle-là qu'on veut parler, en parlant d'un phénomène, probablement courant, mais dont il est moins courant de l'évoquer. Ce qui est commun entre l'encombrement et le troc, c'est qu'on garde le silence sur eux. Et si on fait sortir le troc de la clandestinité où il se trouvait, c'est que le problème brûlant, trop brûlant pour l'aborder, est celui de l'encombrement.

Echange des marchandises, échanges sexuels, et échanges de langage, fondent l'institution. L'illicite de l'échange d'objets devient l'illicite du silence, et à en sortir, par la voix officielle du rapport, on indique que l'illicite le plus intolérable se trouve ailleurs, dans l'encombrement.

C'est encore l'encombrement qui, en novembre 58, est à la racine de l'étrange odyssée du malade H. (1ère partie, p. 39). Du 1er au 6 ème, puis du 6ème au 1er, puis du 1er au 4ème, H., en deux jours, circule de pavillon en pavillon, sur l'initiative des infirmiers ou des médecins. L'état d'ébriété qui a été le point de départ ne semble pas suffire à justifier cette circulation, qui aboutit dans un pavillon fermé, où elle s'arrête.

C'est bien plutôt un phénomène d'intolérance qui fait qu'on déplace H. de pavillon en pavillon jusqu'au pavillon dont la vocation est de tolérer les malades intolérables ailleurs. Et cette intolérance, ici encore, a subi un processus de déplacement : c'est en réalité de l'into-

lérance des infirmiers à l'encombrement qu'il s'agit. Cet encombrement, on en souligne l'existence ce même mois de novembre. Après avoir donné, comme d'habitude, les chiffres de l'effectif des malades de chaque pavillon, on ajoute, à l'encre rouge, le nombre de "matelas par terre". Cette procédure voyante est là pour rappeler chaque matin au médecin chef de combien de malades de trop il s'encombre. Et le "de trop" explique le "de trop" où se trouve H. qu'on déplace constamment comme si chaque fois la place qu'il libérait était une place "en plus" H. étant alors "en moins".

En décembre 63, nous avons fait remarquer (p. 14, 1ère partie), le caractère un tant soit peu étrange d'un traitement intitulé "traitement de Noël", apparemment par le malade, qui le réclamait, et qui consistait, pour les infirmiers, à injecter 4 ampoules de dolosal. Le pivot de cette étrangeté vient sans doute du double sens du mot "traitement" qui, en hôpital psychiatrique, ne laisse aucun doute sur sa nature médicamenteuse. La seconde partie de la phrase "aura 4 injections de dolosal" viendrait tout naturellement après une première partie qui signifierait l'agitation du malade ou son état anxieux. Au lieu de cela il est question d'un "traitement de Noël" demandé par le malade.

Ce même mois, toujours à propos des fêtes de fin d'année, il est question de quelques incidents qui revêtent un aspect également assez étrange. Un malade a mis le feu à l'arbre de Noël, et on a enlevé toutes les décorations. Certains malades s'évadent pour aller coucher dans le foin, d'autres en noant des draps de lit. Evasions, ou incendie, sont certainement considérés par les infirmiers comme étant plus graves qu'une simple requête d'un malade, même bizarre. C'est pourtant dans ce dernier cas qu'un "traitement" a été administré. Le caractère spectaculaire de ce traitement - 4 dolosal, ce n'est pas une dose courante - fait écho au même caractère de tous ces incidents. Il en est le facteur commun. On peut dire que le malade au "traitement de Noël" a été soigné à la place des autres.

En mars 62, nous trouvons un autre exemple de ce phénomène d'erreur sur la personne que nous avons relevé p. 43, 1ère partie. La chose se passe entre deux médecins et deux malades. L'inquiétude de l'un des médecins à propos d'un malade, est justifiée, la même journée, par l'évasion de l'autre malade, pour lequel l'autre médecin était si peu inquiet qu'il lui avait fait une permission de parc. Le malade évadé l'a fait à la place de l'autre malade. Ce qui compte à ce niveau, ce n'est pas ce qu'a fait tel ou tel malade - ils semblent d'ailleurs devenir interchangeables, l'histoire de H. le montre bien -, mais la notion d'inquiétude et celle d'évasion. C'est pour établir un lien entre ces deux concepts - dont l'un est un affect et l'autre un passage à l'acte, mais qui sont liés par des relations bilatérales de cause à effet d'une efficacité certaine -, que les infirmiers racontent cet épisode. Que ce lien

s'établisse au travers d'une permutation de malades, n'est pas sans importance ; le moins que cela fasse est de montrer qu'au niveau du rapport, l'essentiel est ce que les infirmiers ont à dire, et non les faits qui étayent leurs dires, faits qui sont justement permutables.

Au mois de juillet 58, on note que X. refuse son largactil. Le Dr C., assistante du service alors, écrit dans la marge que "c'est bien ennuyeux".

Dans les jours qui suivent, on ne parle plus de X.

Mais on parle de A., qui ne prend pas son largactil, le dissipe, qui par ailleurs se montre arrogant et incorrect lorsqu'on lui fait une remarque. Les infirmiers ajoutent qu'ils désireraient voir son interne à son sujet.

On parle aussi de B., qu'on avait réussi à faire manger un peu, et qui s'est fait vomir volontairement.

Il semble bien que la remarque du Dr C. a été entendue, et qu'on se défend à la fois de l'avoir entendue, et du reproche que l'on y voit.

Les infirmiers se justifient en exposant comment, à propos d'autres malades, leur travail a été mis en échec par les malades eux-mêmes. Ce sont des incidents semblables au premier qui a provoqué la remarque du médecin, où le refus du malade, éventuellement son agressivité, rendent inopératoires les soins. Simplement on insiste, lors des deux derniers exemples, sur l'effectivité des soins donnés.

La remarque du Dr C. ne contenait en soi aucun reproche. Les infirmiers en ont vu un et y ont été si sensibles qu'ils ont essayé d'en effacer la trace en ne parlant plus de X. Mais ils n'ont pu s'empêcher de se défendre du reproche, et ils l'ont fait à propos d'autres malades.

Ce lien qu'une étude synchronique tâche d'établir entre différents éléments du texte du rapport, nous l'avons vu se présentifier à plusieurs reprises à l'intérieur d'un mécanisme de déplacement. Déplacement (I) qui fait que "l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées à la première par une chaîne associative". Cette chaîne associative qui relie deux représentations, ici le plus souvent deux incidents, dont l'un est moins chargé affectivement que l'autre, peut être par exemple le côté spectaculaire, ou l'idée de place.

(I) - Laplanche et Pontalis, Vocabulaire de Psychanalyse.

Ce déplacement décentre l'éclairage du texte et le fait porter sur les éléments latents importants et non plus sur les détails minimes au regard du désir.

CHRONOLOGIE DES MODIFICATIONS D'ASPECT DU RAPPORT.

Nous utilisons ici le facteur temps de façon macroscopique. Le matériel nous manque pour faire une étude diachronique en suivant de près l'évolution des éléments du rapport. Ce n'est pas seulement à son niveau que le matériel fait défaut mais à celui du service et de son évolution. Aussi bien cette chronologie, pour approximative et grossière qu'elle soit, nous montrera la nécessité de recourir au matériel contextuel quelque difficile à cerner qu'il soit.

Les dates de 1958 et 1965 enserrent le contenu que nous avons recueilli. Pour essayer de le pointer chronologiquement, il semble indispensable d'utiliser parallèlement les quelques dates repères autour desquelles est susceptible de s'orienter la structure du service : celles des changements de médecin-chef.

Au printemps 58, Sivadon quitte le service qu'il a créé en 1947 grâce aux fonds de la Sécurité Sociale et qui a pris le nom de Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale.

De 47 à 58, il met en place la structure du service telle que, à peu de chose près, elle existe encore actuellement. Il embauche du personnel extra-pavillonnaire, psychologue, secrétaire, médécin-assistant, conservant le personnel intra-pavillonnaire existant. Il créé les ateliers d'ergothérapie. Son médecin-assistant, le Dr Follin, instaure le système des réunions dont l'application dure encore : réunions du personnel soignant, réunions de pavillon, délégat des malades.

Les pavillons qui étaient fermés au départ, ont été ouverts peu à peu, sauf le 4ème qui est toujours fermé.

Au printemps 58, Follin, l'ancien assistant de Sivadon, devient médecin-chef et le reste jusqu'en fin 60.

Fin 60, ou début 61, le Dr Chaigneau, qui avait été interne lorsque Sivadon était médecin-chef, et assistante lorsque Follin était à son tour médecin-chef, devient elle-même médecin-chef du service, et l'est toujours.

De cette rapide chronologie, une idée s'impose : celle d'une certaine historicité de présence dans le service des médecins-chefs, d'un certain poids affectif qui colore la relation d'eux au service et du

service à eux.

Pour en venir au contenu du rapport pendant les années au cours desquelles nous l'avons étudié, il subit deux larges modifications.

De 58 à la mi 60, le rapport est riche de matériel clinique. Y participent autant les équipes du matin que les équipes de l'après-midi, les "suppléments" sont hypertrophiés, ce qui ne se verra que rarement par la suite. Parler des malades semble véritablement l'objet du rapport. On en donne des nouvelles, on suit leur évolution, on s'intéresse aux interrelations personnelles. On intègre dans les récits des personnages périphériques, visites des malades, assistantes sociales, secrétaire. On évoque également les activités du service.

Les relations infirmiers-médecins semblent assez étroites et teintées d'une certaine exigence réciproque. Les infirmiers fournissent des conseils, des interprétations. Les médecins semblent y répondre d'assez près, leurs réactions ont de longues répercussions auprès des infirmiers.

C'est du côté du psychiatrique qu'il s'agit de regarder.

Vers la mi 60, un changement progressif de perspective se fait jour. Le parler sur les malades est peu à peu remplacé par le parler fait-divers. Ce qui ne va pas sans la manifestation d'un certain sentiment de culpabilité des infirmiers qui emprunte des voies détournées pour s'exprimer.

En dérivation sur les observations de malades, les allusions aux activités du service, commencent à se greffer les préoccupations disciplinaires dont font montre les infirmiers.

Elles deviennent, ces préoccupations, prédominantes en 62. Jusqu'en début 65, le rapport est pris dans une perspective assez policière, répressive. Il ne semble avoir pour raison d'être que celle de rendre compte, de rendre des comptes, à son chef hiérarchique. On utilise largement la dichotomie administration-psychiatrie, en n'en retenant que le premier terme.

Les incidents rapportés ont un contenu agressif évident : cuites, bagarres, crises d'agitation, fugues. Tout manque à l'ordre est relevé. L'agressivité des incidents est celle aussi des infirmiers dans leur rôle équivoque de "rapporteurs" : ils formulent des avertissements, des provocations, à l'égard des médecins qui, somme toute, laissent se perpétuer une situation où le conflictuel passe si facilement au niveau du corps à corps. Et l'agressivité verbale dont ils font preuve, alors ils la cherchent, la retrouvent chez les malades et en font état avec un certain plaisir.

Cette perspective de l'autre bout des choses, le bout bureaucratique, à la fois rassurant et hyperdéfendu, semble s'intriquer avec une certaine peur des malades, un certain désir de les maintenir à distance. Si bien qu'en 63, c'est justement cette perspective qui permet que nous soit livré tout un matériel qui n'est que secondairement clinique, une fois qu'on a élevé les barrières protectrices de l'administratif.

En 65, un nouveau changement apparaît. A côté des faits divers dont la fonction est "de défense", un désir d'échange se manifeste. Souvent protégé par l'ironie de la formulation, il est la source de certaines questions, de certains silences.

Le rapport non seulement mentionne, mais fait appel à d'autres lieux de rencontre, d'autres lieux de parole, ce qui amène à penser qu'il est peut-être en train d'en devenir un.

Une manière, certes partielle, d'interpréter cette chronologie de contenu est de le faire par rapport à l'importance, historique et affective, de Sivadon.

Les deux premières années qui voient le rapport comme du document médical, précèdent de peu le départ de Sivadon au début, le départ de Follin à la fin. Ce caractère du rapport semble venir d'une espèce de négation du départ de Sivadon, ou, par un processus de travail de deuil, d'un surinvestissement de tout ce qui est représentatif de sa présence. Ce représentatif m'a été formulé un jour par l'un des infirmiers qui me parlait de cette époque sivadonienne comme on parle de l'époque bénie de l'enfance : "Pour les collègues des autres services, la découverte c'était le largactil, pour nous, c'était la relation avec le malade".

Au bout de deux ans, temps nécessaire sans doute pour la liquidation du deuil, liquidation qui n'est certes pas effective, le rapport détruit peu à peu toute perspective psychiatrique, en prend le contrepied systématique par cet abord répété des choses de leur côté administratif. Nous serions tentés d'évoquer un processus de refoulement de tout ce qui se rapporte à cette "époque bénie".

Enfin, l'évolution récente du rapport laisse entrevoir, les choses ayant sans doute changé elles aussi au niveau du service, le travail des successeurs de Sivadon commençant sans doute à aboutir, la possibilité de réintégration progressive de certains éléments refoulés.

Cette histoire du C.T.R.S. reflète d'ailleurs d'assez près celle du mouvement de psychothérapie institutionnelle, de ses brillants débuts en 47-48 jusqu'à nos jours.

Ce dernier chapitre que nous avons intitulé "chronologie" plutôt qu"histoire", ne tient plus beaucoup de "l'analyse de contenu" et pas encore vraiment de "l'articulation avec l'institution". Cela vient de l'introduction d'éléments contextuels partiels, tels que les dates des changements de médecins-chefs, qui suffit à faire sortir l'étude du rapport d'une analyse de texte, mais ne suffit pas à l'articuler avec l'institution de manière satisfaisante.

Cependant des questions se posent désormais qui vont nous permettre d'introduire le chapitre suivant.

Le rapport s'est-il seul fait le reflet du contre-transfert des infirmiers sur les médecins-chefs, ou a-t-il suivi l'institution ?

Le rapport est-il un document médical ou un instrument bureaucratique ? Nous venons de voir qu'il a pu être l'un ou l'autre, ce qui donne à penser qu'il n'est pas là pour traduire la réalité quotidienne.

Est-il un instrument d'information au même titre que les autres instruments d'information écrite ? Ici se pose le problème de l'équivalence ou de la complémentarité de l'information écrite ou verbale.

Il semble en tout cas, au terme de cette "analyse de contenu", qu'il est impossible de parler du rapport sans parler des maillons de la chaîne qui le supporte : les malades, les infirmiers, les médecins, dont les interrelations sont prises dans le réseau d'échanges du service.

La distorsion, le hiatus entre ce qui de la vie du service serait à rapporter, et ce que rapporte le rapport, laisse la place à toutes les fluctuations de sa fonction et de son insertion dans le réel institutionnel.

II - ARTICULATION DU RAPPORT AVEC L'INSTITUTION.

Nous allons voir tout d'abord comment le rapport ne peut se compléter que par l'institution, puis ce que l'institution imprime au rapport et le rôle qu'elle lui fait jouer.

- La distorsion entre les faits et leur rapport, ou, le rapport est-il un instrument d'information.

Jusqu'ici, nous avons pu approcher le contenu du rapport, ce qui nous a permis de savoir qui y parlait à qui. En nous demandant ce que peut être sa fonction, et si c'est d'informer, sachant désormais qui informe qui, nous nous posons la question de savoir de quoi on informe.

1 - Omission des faits.

A nous servir du terme d'"omission", nous tenons pour acquis que les faits ainsi passés sous silence sont en réalité connus des infirmiers.

L'omission est parfois quasi systématique. C'est le cas lorsqu'il s'agit des faits touchant de près la vie de l'institution.

Ainsi des changements de médecins, dont nous nous sommes servis pour étudier la chronologie du rapport. Changements d'internes, de médecins-assistants, de médecins-chefs, ne sont jamais mentionnés, non plus que les vacances, sinon pour vanter les mérites du médecin absent.

On n'évoque jamais non plus les réunions de malades, les réunions d'infirmiers, ni le conseil des malades. On ne fait pas allusion au "Tremplin", le journal des malades, ni à l'ergothérapie ou seulement lorsqu'un incident met en cause infirmiers et moniteurs. Les sorties collectives, les activités sportives sont évoquées une fois, en 62, lorsqu'un scandale éclata lors du camping. Les activités périphériques aux pavillons ne sont point connues, apparemment, par le rapport : activités du centre culturel (sauf quand il s'agit de l'heure de fermeture), de l'institutrice, des assistantes sociales, de la psychologue, des assistants (ou rarement), de la secrétaire -dont on parle pourtant une fois, en 59-. Enfin le médecin-chef n'est que le destinataire du rapport, le support de différentes demandes, mais son activité est silencieuse, on n'en parle pas.

Pourquoi ces omissions, sinon peut-être parce qu'il s'agit de faits si connus de tout le monde dans le service, qu'il paraît inutile d'en parler. Pourtant on peut se demander d'où vient l'incident, et ce qu'il cache, qui fait sortir une fois en sept ans du silence où on les conservait ces faits si connus.

Peut-être une double signification prolonge ces omissions: d'une part, elles permettent de définir l'une des fonctions du rapport, fonction administrative. D'autre part, comme nous allons le voir, elles pointent quelque chose du quotidien à rapporter qui est trop grave, d'une certaine façon, pour être rapporté.

En effet l'omission peut être accidentelle au lieu d'être systématique, elle revêt alors un sens bien particulier. Lors de la création dans le service d'un groupe d'alcooliques qui dura plusieurs mois, le rapport ne fit pas la moindre allusion à ce groupe. Mais il n'évoqua, durant cette période, aucun des incidents alcooliques qui, à d'autres moments, sont journaliers. Soit le nombre de ces incidents a effectivement diminué, du fait de l'existence du groupe. Soit, ce groupe est trop investi par les infirmiers pour que le soient encore les autres manifestations des alcooliques. Cet investissement fait que jusqu'au mot "alcoolique" est supprimé du rapport.

Un autre exemple d'omission significative est la fermeture d'un pavillon. Le 5ème pavillon fut fermé à l'occasion de travaux qui devaient y avoir lieu, et la question de la date de cette fermeture et de ses modalités fut violemment débattue lors des réunions de soignants. Mais une fois cette date à peu près fixée, on constate dans le rapport, durant un certain temps, un silence absolu au pavillon 5. C'était comme s'il était déjà fermé.

Ce recours au contexte permet d'interpréter l'omission. On omet de parler de quelquechose dont on parle ailleurs dans le service, l'information verbale et l'information écrite se complètent. Mais l'omission peut avoir son effecacité propre, elle peut permettre de faire comme si un pavillon qui n'est pas encore fermé l'est, comme si un groupe de malades qui gêne n'existait pas, non plus que les malades qui le composent.

Du même ordre est l'omission presque généralisée des relations affectives entre malades, de leurs relations sexuelles. C'est à la fois parce qu'on en parle ailleurs, et parce qu'on préfère imaginer qu'il n'y en a pas.

2 - Signalement systématique (I)

Il existe tout un certain nombre de faits que chaque matin, l'équipe de chaque pavillon livre systématiquement. Ils sont la base même du rapport, ils viennent en premier, ce n'est qu'ensuite que l'on se laisse aller à raconter. Parfois on ne se le permet même pas.

Le rapport communique ainsi, régulièrement, l'effectif des malades de chaque pavillon, l'effectif des infirmiers de chaque équipe et leurs affectations respectives pour la journée.

C'est la matière qui ne semble pas pouvoir prêter à interprétation. Mais elle autorise à se poser des questions : à savoir si le rapport se suffit à être un instrument administratif, un rapport de comptes, et qu'est-ce que cela représente au niveau du discours de l'institution, une zone morte, figée, ou autre chose.

Que ces questions se posent sont le fait de la disparité de l'importance spatiale de l'effectif dans le rapport. Il peut être simple préliminaire nécessaire avant de raconter ce qui s'est passé la veille, ou il peut occuper la place et du préliminaire et du récit. Préliminaire,

---

(I) ce mode de signalement des informations, est utilisé de manière délibérée et large aux U.S.A. Les computeurs que possède tel ou tel hôpital psychiatrique permettent d'obtenir, à partir des fiches perforées remplies chaque matin par les infirmiers, des renseignements systématiques et statistiques sur le comportement des malades, et sur le "profil d'agitation" d'une salle ou d'un malade. (Travaux du Dr Bernard C. Gluck, Institute of Living, Hartford, Connecticut).

il fait songer à un rituel destiné à détourner l'angoisse et autoriser la parole. Rapport d'un jour, il est là pour dire - les chiffres, les affectations -, sans que parler soit possible.

Le rôle purement administratif vers quoi oscille ici le rapport a pourtant une fonction qui peut paraître paradoxale : celle de démythifier l'administration. D'avoir chaque matin à sa disposition les effectifs des malades et des infirmiers permet de répondre à la demande administrative lorsque celle-ci se présente, dans les termes mêmes de cette demande. La fantasmatisation de la demande administrative peut être ainsi évitée, sa place réelle est déjà donnée par la mention, pourtant souvent irritante à la lecture, de l'effectif au rapport.

Cette oscillation de rôles, nous la trouvons au niveau même de la formulation de cet effectif, chiffre qui peut devenir magique. Il y a le chiffre de l'effectif et celui des malades présents effectivement dans le service, que sépare le chiffre des malades en permission ou en "subsistance" dans d'autres services hospitaliers. Nombre des malades présents et nombre des malades à l'effectif sont parfois traités de manière à ce qu'on puisse les confondre si on n'y prête pas suffisamment attention.

Par ailleurs l'effectif lui-même varie, selon qu'y est inclus ou non celui des malades qui ont un statut particulier de "colons" de la ferme de l'hôpital, malades qui dans la pratique ne font pas partie du service, sauf lorsqu'ils ont la grippe ou un eczéma, à l'occasion desquels ils sont "réhospitalisés" dans un pavillon.

Ce chiffre de l'effectif qui semble sacro-saint, subit des variations qui le gonflent et le dégonflent presque à volonté. Il ne s'agit pas en fait d'une volonté délibérée de le modifier. On pourrait plutôt parler de la démonstration qui en résulte, et dont les voies sont l'effet d'un jeu complexe d'évènements, tout à fait extérieur à l'espace du rapport. Ce qui est à démontrer, le plus souvent, c'est que le service est encombré et que l'on ne peut y respirer, ni faire du bon travail. Ainsi l'encombrement est abordé, dont on ne peut parler dans les réunions qu'avec la même résignation ou la même violence que celles avec lesquelles on parle de l'administration. Abordé et évité, mais aussi évitant : aussi chargé d'affectivité qu'est ce problème d'encombrement, il s'associe à d'autres problèmes auxquels on n'ose probablement encore moins toucher, et leur fait écran. Ce n'est sans doute pas par hasard qu'à certaines périodes l'encombrement est si mal supporté qu'à la suite du chiffre de l'effectif des malades, on ajoute, à l'encre rouge, le nombre des "matelas par terre".

Quant à l'effectif des infirmiers, nous pouvons en dire peu de choses, si ce n'est cela justement, qu'on nous en dit fort peu. Les changements d'affectation, qui sont liés à l'effectif, aux congés, repos ou maladies des infirmiers, sont notés simplement. Tout le travail du

surveillant général qui consiste à établir ces affectations, a lieu avant la rédaction du rapport. Et si le rapport ne nous en dit rien, c'est signifier que nous n'avons rien à y voir.

3 - Banalisation des faits.

Il arrive qu'on signale un fait parfaitement banal et anodin, si bien que son signalement surprend le lecteur.

Ainsi on note que "X. a eu les soins prescrits", ce qui est plus étonnant que de noter le contraire. Ou que "X. a bien mangé".

Assez souvent c'est par séries que ce genre de faits est signalé. On retrouve plusieurs jours de suite la phrase disant que "les malades ont bien mangé" au niveau d'un même pavillon. Le rapport laisse ainsi surgir pendant un temps les préoccupations alimentaires d'un pavillon, ou les préoccupations brusquement très somatiques du service. Ce surgissement ne peut s'expliquer que par le contexte qui manque au texte du rapport.

Pourquoi le rapport, après, comme nous l'avons vu, avoir pu se faire rapport de comptes, rapport d'effectif, peut-il également se faire tout aussi uniment, rapport de température ou de courbe de poids, et de cette même manière quasi féodale ? Ce sont des comptes d'une autre sorte : on rend compte que les soins ont été prescrits, les ordres suivis. A la limite, on rend compte de l'état de "conservation" des malades que l'on a à "conserver" ainsi. C'est bien d'ailleurs les atteintes à cette conservation, la fugue et le suicide, qui sont le plus mal supportés à l'hôpital.

Que le contexte seul nous permette d'expliquer ces vicissitudes du rôle du rapport, s'éclaire du fait de certains exemples donnés dans la première partie et qui font montre, sans le livrer, d'un savoir qui n'est que de contexte, lui aussi. La notation "X. ne va plus aux activités" implique qu'on savait qu'il y allait, et qu'on sait que quelque chose s'est passé qui fait qu'il n'y va plus.

Il est une autre sorte de faits banaux, dont l'importance n'est pas moindre : ceux qu'on banalise.

C'est le cas pour bon nombre d'épisodes que nous avons qualifiés de "disciplinaires" ; et dont sont acteurs les alcooliques et les agités. La fréquence avec laquelle ces épisodes sont rapportés, fréquence qui par là même les banalise, surprend le lecteur. Il peut lui apparaître que le quotidien du service se constitue d'agressions semblables, ou de transgressions semblables.

Mais ce quotidien "rapporté" n'a rien à voir avec celui du service où s'enchevêtrent, sans que cela les fasse coutumiers pour autant, les incidents traumatiques de ce genre et les moments évènementiels et

affectifs qui les rendent sinon compréhensibles, du moins insérés dans le contexte d'où ils ont affleuré.

Ainsi le rapport manifeste des périodes de désordre, pendant lesquelles, jour après jour, on signale que les malades ont bu, qu'ils se sont énervés, qu'ils en sont venus aux mains, qu'il y a eu des ecchymoses ou des fractures. Les infirmiers ont mis la main à la pâte et ils ont été seuls. Ici surgit l'une des significations de ce désordre "rapporté" - rapporté pour autant qu'il ne se fait pas le miroir, sinon déformé, démultiplicateur, de celui que porte le réel journalier : c'est la tentative de compromission du médecin dans ces passages à l'acte répétés. Compromission qui touche de près à la mise devant le fait accompli, à la démission anticipée. Qu'une telle période de désordre mise au rapport - et ne serait-ce que là qu'il y aurait désordre et scandale ?-, compromette le médecin, indique que c'est ailleurs et sur un autre point, autrement plus brûlant, qu'on veut le compromettre. Nous avons dit plus haut que la banalisation de tous ces faits à scandale était en soi scandale, et c'est bien ainsi qu'on entend le présenter au médecin.

Ce désordre, ce scandale, qu'il soit du contenu du récit ou de sa forme, on veut le faire entendre au médecin : dire quelque chose au médecin implique-t-il donc qu'il faille bouleverser l'ordre et les convenances pour cela, qu'il faille justement répandre le scandale, en être le messager, pour être entendu ?

De même, répéter au rapport les comptes-rendus d'agression ne constitue-t-il pas une agression envers le médecin seul moyen alors à la portée des infirmiers pour, pensent-ils, se faire entendre ?

Tout se passe comme si, lorsqu'il s'agit pour les infirmiers de prendre la parole en un point qui les touche de si près que cette parole en devient obturée, il ne leur est possible que de se faire entendre par la voix du désordre et du scandale.

4 - L'extraordinaire.

Le caractère extraordinaire de certains faits signalés répond en miroir à celui, banal ou banalisé, d'autres faits, et semble y remplir la même fonction. Fonction qui est d'attirer l'attention, comme attirent l'attention les failles et les à-coups d'un discours dont le rapport n'est que l'un des éléments, certes fort cristallisé.

Des épisodes d'agitation sont ainsi décrits avec une neutralité apparente, très minutieuse, neutralité que ne semble pas affecter l'intervention, pour résoudre l'épisode, des pompiers et des lances à incendie, fait qui sort pourtant de notre ordinaire. L'émotion escomptée chez le lecteur ne fait pas défaut.

Sortent de l'ordinaire aussi, le plus souvent, les incidents à contenu sexuel. Ils sont si spectaculaires, qu'on ne peut ne pas les voir, ou ne pas les entendre. C'est d'ailleurs ce spectaculaire qui est véritablement le sujet du récit. Grâce à lui, le rapport vient, une fois l'an, à parler de sexualité.

La voix de l'extraordinaire, du spectaculaire, a pris la place de celle du scandale pour dire ce que personne ne veut entendre. Personne, c'est-à-dire l'administration, sécrétrice du rapport, et conçue en retour par les infirmiers comme une énorme "pieuvre" dotée d'une bouche mais non pas d'oreilles.

- Le rapport est-il un instrument bureaucratique ou un document médical ?

Nous avons pu voir qu'à prétendre informer, le rapport est, paradoxalement, plus explicite sur ce qui n'est pas proprement son objet. C'est au niveau de ce "prétendre informer" que s'opère le glissement entre sa vocation administrative et sa vocation médicale.

Et à se poser la question de savoir si le rapport est un instrument d'information, on en vient à achopper sur le corps de l'administration.

Certes, l'information est présente dans le rapport, mais, plutôt qu'au niveau des faits apportés, elle l'est à l'intérieur des déhiscences du texte, de ses dissonances avec le réel, et de ses impuissances de son refus à en rendre compte.

Est-ce bien cela d'ailleurs qui lui est demandé, rendre compte du réel ? Et qui lui demande quelque chose ?

L'administration demande, elle, qu'on lui rende des comptes. C'est une demande bien précise, que l'on peut cerner, entériner. Mais que le rapport ne puisse se borner à rendre des comptes, ou, même lorsqu'il le fait, ne puisse les rendre sans leur imprimer une distorsion non destinée à l'administration, nous indique que celle-ci est autre chose que la réalité indiscutable de ses murs et des ses écritures. Elle est aussi tout l'imaginaire qu'y projettent malades, infirmiers et médecins, pour largement l'utiliser.

Nous en arrivons ainsi à la notion d'"administration fantasmée", qui est celle qui produit ces effets d'annulation, de déplacement, au niveau du réel institutionnel. Le rapport finit par ne plus être un objet administratif, mais un support de l'image que se font les gens du service non seulement d'un tel objet, mais de tout l'appareil administratif. Image si refoulée qu'elle n'apparaît plus comme image, et qu'elle se manifeste uniquement par ses éclaboussures et ses impacts.

C'est le cas pour tout le matériel que nous avons isolé sous le vocable de "disciplinaire". Son objet est aussi objet de scandale, on

n'y parle que de ce qui trouble l'ordre, des alcooliques, des fugueurs et des violents. De quel ordre s'agit-il en vérité, de l'ordre public ou de l'ordre du traitement à suivre, et à qui s'adresse le trouble à l'administration, la préfecture, ou au corps médical, c'est bien l'ambiguité que réalise et conserve le rapport.

L'interchangeabilité de ce matériel indique qu'il est moins important par lui-même que par la fonction qu'il remplit. Ce n'est pas l'objet de scandale qu'il s'agit de cerner pour le dénoncer, mais le scandale lui-même, quelles que soient les voies qui amènent son émergence, qu'il s'agit de pointer. Parce que c'est là la vocation administrative du rapport, mais aussi parce que cette vocation est le fruit d'un leurre. Ce leurre est l'appartenance d'une règle sous jacente à ces attributions du rapport que nous venons d'évoquer et qui concernent le pointage, peu systématique certes, du scandale. Cette règle peut être définie comme entendant qu'à l'hôpital, on ne doit pas boire, ni fuguer, ni s'agiter, en somme ne pas présenter de symptômes, ne pas être malade. Cette règle, bien entendu, n'appartient à rien d'autre qu'à l'imaginaire du collectif soignant. Elle n'est que secondairement projetée sur le corps administratif, qui lui permet d'entrer en action.

C'est au niveau de cette règle qu'on a vu s'opérer les glissements entre administratif et médical, et qui font qu'on peut même dire que, loin d'empêcher le médical de survenir, l'administratif lui permet jusqu'à être actif.

Nous avons ainsi déjà repéré, dans la première partie, des passages de l'un à l'autre, passages qui sont plutôt des déplacements, ou des condensations. Un malade rentre en état d'ébriété et avoue avoir bu une chope de vin rouge. Cet aveu, qui est d'abord pléonasme, et dont on n'a nul besoin pour faire le diagnostic d'ébriété, livre place à un autre diagnostic, véritable celui-là, et de la cause plutôt que des symptômes. Ce n'est qu'après avoir eu besoin de l'aveu du malade que les infirmiers ont pu parler réellement avec lui des raisons qui l'avaient poussé à boire, et les transmettre sur le rapport. En arrachant et livrant cet aveu, ils avaient rendu compte, et s'étaient libérés de tout compte à rendre - à cette instance administrative intériorisée -, dédouanés de leurs exigences surmoïques, pouvant enfin assumer lsur fonction soignante.

Si là il est clair que l'administratif sert d'alibi pour être soignant, la plupart du temps le processus est muet. Seul le dénote un mot pour un autre, un mot de la série disciplinaire pour un mot de la série médicale. Il suffit, au rapport, de signaler qu'un malade a été puni, et il suffit, aussi, de l'entendre pour entendre que quelque chose s'est passé, dont on ne nous dit rien que sa sanction la plus manifeste et peut-être pour qu'elle soit le seul signe manifeste de ce qui resterait sinon totalement silencieux.

Si l'administratif peut ainsi si bien servir de métaphore au médical, le contraire se produit aussi bien. Les soins infirmiers sont remplacés par une désinfection générale de tout le service, l'ergothérapie être l'allusion à la difficulté de surveillance des mêmes malades par des groupes distincts de soignants. Et l'appel de l'interne lorsqu'un "malade bat" signifie que tout l'appareil régulateur nécessaire à ce genre d'agressions à l'ordre, a été mis en branle. Il est sanction médicale, hiérarchique et bureaucratique.

De ces entrelacs constants entre l'Administratif et le Médical, s'isolent donc des points de jonction, des passages, en particulier par exemple au niveau de l'objet de scandale. Ces points qui sont des points de glissement, constituent toute la signification du rapport dans un réel institutionnel, et rappellent, par leur nature imaginaire, l'imaginaire de la problématique de la vocation double du rapport. Tout le poids de l'administratif, qui, pour être imaginaire, n'est en pas moins lourd, et pas moins un obstacle à une action thérapeutique, sert d'alibi à cette action et lui permet de trouver son impact sur le réel du service. L'imaginaire qui investit de façon si pregnante les structures administratives pour les transformer en structures totalement subjectives, est celui des soignants. Il leur permet de passer, de manière tout à fait irrationnelle, d'une loi médicale à une loi bureaucratique. Le désir de guérir s'exprime, au niveau manifeste, par le "il ne faut pas être malade" qui lui-même se transforme en une règle sociale banale "il ne faut pas boire, pas faire de scandale". Seule cette dernière règle est rendue consciente, et de façon privilégiée au niveau du rapport de service.

Tout ce jeu imaginaire qui semble rendre possible, par ses voies détournées, l'apparition de la parole qui soigne, est lui-même permis par la réalité de l'administration et de la hiérarchie. Il nous la voile bien, cette réalité, et nous la donne comme indiscernable. C'est pourtant parce que c'est elle qui fait véritablement la loi, que la grille de l'effectif des infirmiers peut être si éloquente par son silence, ou la mention de l'effectif des malades si violemment chargée d'affectivité.

Le rapport est réellement une structure administrative. De là à être pour autant un instrument bureaucratique, nous avons vu que ce n'est pas évident. Mais il peut être, pour le collectif soignant, un objet imaginaire qui est un élément, et pas le moindre, du discours institutionnel. C'est le grand cahier noir qui peut faire si peur aux médecins que certains le remplacent prestement par de petits cahiers roses sur lesquels "tout le monde" écrit. L'expérience montre que ces petits cahiers roses ne sont que des images, anodines et un peu isolées, du désir du médecin-chef. Le grand cahier noir a l'avantage, immédiatement utilisable, d'être déjà là, et il n'est pas indifférent qu'il soit vécu comme le produit de déjection d'une institution déjà là elle aussi,

et dont on ne veut plus. Cela montre bien la facilité de charge de cet objet par l'imaginaire des gens, et, par conséquent, la grande probabilité de son efficace. Qu'on ne veuille pas le voir, c'est se priver d'un moyen d'information, même sur la négativité d'une structure avec laquelle on a à faire. C'est se priver par là même d'un moyen d'action qui ne cessera pas d'en être un si on ne le prend pas ainsi.

Les chemins sont certes tortueux par lesquels nous pouvons voir le rapport prendre finalement la parole. Mais cette parole n'est pas négligeable, elle y entremêle les soignants, les soignés, et les administratifs.

Et si les désirs de mort véhiculés par le schizophrène de service peuvent y prendre place, c'est que la parole que prend le rapport peut se mettre à soigner.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié les rapports de service au C.T.R.S. de Ville-Evrard de 1958 à 1965. Conservés dans les archives, ce sont des cahiers sur lesquels, chaque matin, les équipes d'infirmiers ont noté leurs observations et rendu compte de leur effectif, et où le médecin-chef appose sa signature.

Nous avons introduit ce travail en posant la question de l'information dans un service psychiatrique et en nous demandant si le rapport peut avoir une fonction de cet ordre, comme l'ont les observations médicales et les certificats de la loi de 1838.

Dans une première partie, nous avons essayé d'établir un inventaire du matériel que nous avions recueilli. Il nous a paru plus clair pour ce faire de rassembler ce matériel sous deux pôles, "médical" et "disciplinaire". En effet, certains aspects du contenu du rapport relèvent de l'observation médicale telle qu'on la connaît : observation du comportement des malades, de l'évolution de leur état - ; d'autres aspects, au contraire, sont pris à l'intérieur d'une perspective disciplinaire où l'on dénonce des comportements particuliers, épisodes d'agitation, incidents dus aux éthyliques, comme constituant des perturbations de l'ordre régnant au pavillon.

Nous nous sommes aperçus peu à peu que ces deux pôles, quoique indiquant bien la double fonction, administrative et médicale, du rapport, coïncidaient en partie.

Nous avons également isolé une partie du matériel touchant aux incidents à contenu sexuel d'une part, et aux tentatives de suicide d'autre part.

Dans une seconde partie, nous nous sommes attachés à un essai d'analyse de ce matériel.

Tout d'abord, nous nous sommes bornés au texte même du rapport. A travers quelques thèmes qui reviennent souvent, en particulier l'encombrement du service, ou les problèmes posés par les malades alcooliques, nous avons tâché, d'une part de retrouver la double perspective médicale et disciplinaire, d'autre part d'expliquer certaines incohérences dans les observations des infirmiers. Il semble, en effet, que plus une préoccupation est actuelle dans le service, plus les illustrations cliniques en émergent, sans que jamais cette préoccupation soit vraiment formulée.

D'un point de vue historique, nous avons essayé de voir quelles ont été les modifications d'aspect du rapport entre 58 et 65. Nous n'avons pu leur donner une origine autre que supposée, au niveau d'éventuelles modifications à l'intérieur du service lui-même.

Enfin, nous posant la question de savoir si le rapport était un instrument administratif ou un document médical, nous avons fait référence au contexte hospitalier qui le supportait.

Nous avons alors pu constater que les informations médicales données par le rapport n'avaient aucun caractère systématique ni exhaustif, et que leur fréquente insuffisance apparente venait du fait qu'elles étaient souvent implicites.

C'est que le rapport se complète par son contexte quotidien, dont seuls peuvent avoir connaissance, et encore de manière fractionnelle, les membres du collectif soignant.

Mais c'est aussi que le rapport a, d'abord, une fonction administrative qui consiste à rendre des comptes à l'administration. Rendre des comptes sur l'effectif des malades, le roulement des infirmiers, et de façon plus élargie, sur le bon ordre du service.

Ce que nous avons essayé de montrer, c'est que malgré cette vocation administrative du rapport, ou à partir d'elle, le rapport peut se faire document médical et être utilisé de manière thérapeutique.

En résumé, notre projet était d'étudier l'un des moyens d'information à la disposition des médecins à l'hôpital psychiatrique. Nous avons essayé de rendre compte de la relativité de ce moyen, et d'expliquer cette relativité, d'une part grâce à la référence au contexte hospitalier, d'autre part grâce à la référence aux structures administratives dont dépend le rapport. Nous avons vu, enfin, que, ceci posé, le rapport, message des infirmiers aux médecins et dont l'objet est les malades, pouvait nous apprendre bien des choses sur ce qui se passe dans un service.

Vu, le Président de Thèse

Professeur P. PICHOT

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE